

Parcours

Parcours de vie et santé des
Africains immigrés en France



Sous la direction de Annabel Desgrées du Loû
France Lert



La Découverte

Recherches

Parcours

Sous la direction de
Annabel Desgrées du Loû et France Lert

Parcours

*Parcours de vie et santé
des Africains immigrés en France*



La Découverte

9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris

Cet ouvrage a bénéficié du soutien de l'ANRS et de l'IRD.

Composé par Facompo à Lisieux
Dépôt légal : juillet 2017

Si vous désirez être tenu régulièrement informé de nos parutions, il vous suffit de vous abonner gratuitement à notre lettre d'information par courriel, à partir de notre site

www.editionsladecouverte.fr

où vous retrouverez l'ensemble de notre catalogue.

ISBN 978-2-7071-9645-3

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris). Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est également interdite sans autorisation de l'éditeur.

© Éditions La Découverte, Paris, 2017.

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation pour Adulte handicapé
ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire santé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ALD	Affection de longue durée
AM	Assurance maladie
aMASE	Enquête advancing Migrant access to health services in Europe
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Afrique subsaharienne
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Médecins du Monde)
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CITP	Classification internationale type de professions
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Comede	Comité pour la santé des exilés
Corevih	Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH
CRA	Centre de rétention administrative

Parcours

DSUV	Dispositif soins urgents et vitaux
ELIPA	Enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants
ENFAMS (enquête)	Enfants et familles sans logement
HAS	Haute autorité de santé
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
ISEI	Indice socioéconomique international de statut professionnel
IVG	Interruption volontaire de grossesse (IVG)
KABP-Migrants (enquête)	pour Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques), enquête menée en 2005 par l'Inpes
MAFE	Migrations entre l'Afrique et L'Europe
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
Onusida	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PAS	Programmes d'ajustement structurel
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PrEP	Prophylaxie préexposition
PUMa	Protection universelle maladie
RAAC-Sida	Réseau des associations africaines et caribéennes agissant en France dans la lutte contre le sida, les hépatites virales, les IST, et pour la promotion de la santé
TeO (enquête)	Enquête Insee-Ined Trajectoires et Origines
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine ; Syndrome d'immunodéficience acquise

Préface

En 2017, le suivi des patients atteints du VIH s'est médicalement simplifié mais reste problématique au niveau sociétal. Ce n'est toujours pas une maladie comme les autres car le regard de la société sur cette infection demeure différent. C'est particulièrement le cas pour les migrants dont les conditions de prise en charge sont plus complexes, ce qui rend le suivi médical plus aléatoire malgré les efforts soutenus des équipes soignantes et associatives.

Nous manquons de connaissances, d'une recherche opérationnelle de qualité pour prendre les bonnes décisions. C'est tout le mérite de l'étude ANRS-Parcours que d'apporter ce type d'informations.

Parcours est une recherche ambitieuse dans ses objectifs et ses méthodes scientifiques, complexe dans sa conduite, coûteuse par les moyens nécessaires, et que l'ANRS a soutenue dès l'origine. Il incombe en effet à cette agence de recherche d'aboutir à des connaissances et à de nouveaux outils qui puissent bénéficier à tous et particulièrement aux populations et aux personnes les plus vulnérables et les plus exclues.

L'étude Parcours est issue des interrogations nées du croisement entre constats épidémiologiques et expériences des cliniciens et des associations, reflétant les lacunes de nos connaissances autour des infections à VIH et au virus de l'hépatite B chez les immigrés africains : pourquoi les programmes de prévention et de dépistage s'adressant aux populations africaines en France ne les atteignent pas, ou pas suffisamment ? En quoi l'insertion des immigrés africains dans la prévention et le soin en France est-elle facilitée

ou empêchée par la réglementation des étrangers en matière de droit au séjour et d'assurance maladie ? Leur droit à la santé est-il assuré ?

Parcours, comme les grandes études de l'ANRS, a étroitement associé aux chercheurs, dans sa construction scientifique même, les associations de personnes atteintes et des populations affectées pour préciser les enjeux, élaborer des outils pertinents, faciliter l'acceptabilité de l'étude et former les enquêteurs.

Cette étude apporte des résultats inédits sur les processus sous-jacents à la persistance de l'épidémie VIH chez les immigrés africains une fois en France. Elle démontre que l'acquisition du VIH continue en France, et qu'elle y est favorisée par la précarité des conditions de vie et l'insécurité administrative qui marquent, pour la majorité des immigrés, les premières années de leur vie dans notre pays. Ces données nouvelles doivent nourrir les réflexions sur les programmes à déployer pour que cette population bénéficie à plein des nouveaux outils de prévention, de dépistage et de soins, et de leur synergie. C'est la condition non négociable pour parvenir à l'arrêt de la transmission du virus en 2030, objectif fixé par l'Onusida.

Par le vaste champ qu'elle couvre, l'étude *Parcours* va bien au-delà du VIH et des hépatites. C'est une véritable plongée au cœur de la vie des immigrés africains qu'elle nous propose. Elle nous montre que beaucoup d'étrangers passent par une période de plusieurs années en étant « sans papiers ». Quand ils acquièrent le droit au séjour et le droit au travail, ce sont pendant de longues années des droits à renouveler chaque année au prix de multiples démarches et toujours dans une grande incertitude. Ceci n'est pas sans impact sur leur insertion. Les immigrés africains, qui possèdent souvent un bon bagage éducatif, se heurtent aux pratiques bureaucratiques dans les administrations et à l'exclusion sur le marché du travail, qui les confinent dans des ghettos d'emplois. L'immigration décline les individus. Ce que nous enseigne *Parcours*, c'est ainsi que les caractéristiques des individus jouent peu ou ne jouent pas face à la force des facteurs structurels que sont les réglementations des étrangers, le fonctionnement du marché du travail ou les discriminations. Le niveau social ne protège pas, contrairement à ce que l'on voit dans la population générale, ce qui est un véritable défi à l'objectif d'égalité des chances.

Parcours alerte aussi sur les besoins de santé de ces populations, avec un poids important des maladies chroniques. Ce n'est guère surprenant : les sociétés dont viennent les immigrés sont maintenant aussi des sociétés urbanisées, pénétrées par de nouveaux modes de vie, des transforma-

tions nutritionnelles qui apportent les problèmes de santé chroniques que connaissent nos sociétés industrialisées. *Parcours* met aussi en exergue l'importance des atteintes de la santé mentale, souvent sous-estimées et mal prises en charge.

La France s'est dotée avec la loi sur l'Aide médicale pour les étrangers (AME) et la couverture maladie universelle (CMU) des moyens de réaliser l'accès universel aux soins. *Parcours* montre que cela fonctionne, en particulier grâce aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital et aux associations humanitaires. C'est le cas par exemple en matière de contraception, que les femmes immigrées peuvent s'approprier rapidement grâce à l'existence d'une offre diversifiée et gratuite.

Nous disposons maintenant, avec l'étude ANRS-*Parcours*, de données qui nous indiquent la direction à suivre. Le défi de la santé des migrants doit être au cœur de nos réflexions et de l'action publique. Les maladies chroniques comme le VIH/sida, l'hépatite B, le diabète, mais aussi la malnutrition, les affections psychiatriques, les ruptures de traitements au long cours sont autant de questions auxquelles les politiques et les décideurs doivent trouver des réponses adaptées. Pour cela, il est de notre responsabilité de chercheurs de nous mobiliser sur ces questions, et c'est une recherche multidisciplinaire dépassant largement le domaine de la santé qui doit ainsi se mettre en place dans le cadre du futur Institut Convergences Migrations. C'est en effet en produisant sur les questions soulevées par les migrations une recherche exigeante et de qualité, qui prend en compte l'ensemble des dimensions de la vie des personnes concernées, que nous pourrons accompagner le défi majeur que représente la migration tant en France que sur le continent européen.

Professeur Jean-François Delfraissy,
ancien directeur de l'ANRS,
président du comité consultatif national d'éthique

Remerciements

Cet ouvrage est le fruit d'un long travail collectif. Nous souhaitons remercier ici tous ceux qui ont rendu possible cette aventure de plusieurs années que représentent la préparation, la conduite, l'analyse et la valorisation d'une grande enquête.

Notre gratitude va en premier lieu aux 2 468 personnes qui ont accepté de retracer avec nous leur parcours de vie et à tous les professionnels de santé qui nous ont fait confiance, ont accueilli cette enquête dans leurs structures, se sont impliqués, l'ont rendue possible.

Sans le soutien des associations représentant les personnes les plus concernées, une telle étude n'aurait pas vu le jour. Nous remercions en particulier le réseau des associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida (RAAC-Sida) et son responsable à l'époque, Joseph Situ de l'association AIDES ; Pascal Revault et Arnaud Veisse du Comité pour la santé des exilés (Comede) ; Michelle Cizorne de l'association SOS Hépatites ; Jean-Charles Ahomadegbe et Khady Sakho du Forim.

Au-delà des auteurs qui ont contribué à cet ouvrage, de nombreux scientifiques nous ont apporté leurs conseils et leur expertise : Géraldine Vivier (Ined), Anne Gervais (hôpital Bichat-Claude Bernard), Philippe Sogni (hôpital Cochin), Julien Gelly (médecine générale, Paris Diderot) ont contribué à la préparation des questionnaires ; Yann Le Strat (Santé publique France) et Nicolas Razafindratsima (Ined) nous ont aidés à construire le plan d'échantillonnage ; Henri Panjo (Inserm) a apporté son expérience au choix des méthodes statistiques. Maider Couillet, Sophie Triniac et Catherine Enel ont contribué à préparer les éléments de communication autour de cette enquête.

Le recueil des données a été assuré grâce aux sociétés ClinSearch et Ipsos, et nous remercions chaleureusement les enquêteurs et enquêtrices d'Ipsos qui ont su, avec les questionnaires que nous avons imaginés, aider les personnes à raconter leurs vies en respectant à la fois l'émotion suscitée par le souvenir de passages difficiles et la rigueur de la collecte quantitative. Un merci tout particulier va à Élise Rodary, qui a coordonné toute l'enquête sur le terrain pour le groupe de recherche, a levé les obstacles pour mettre en place la réalisation des enquêtes et l'application du protocole dans les conditions les plus diverses dans lesquelles fonctionnent les services de santé, des centres de santé aux grands services hospitalo-universitaires.

Tout au long de la recherche, plusieurs étudiants ont été accueillis en stage dans nos équipes et leur travail a nourri notre réflexion : Abdul Dosso, Sébastien de Dinechin, Robin Antoine, Johnny Ali Safi, Jean Dupont, Nadia Fartaoui, Arsene Odzo Dini.

Cette recherche a bénéficié d'un conseil scientifique indépendant constitué de Philippe Antoine (IRD), Cris Beauchemin (Ined), Doris Bonnet (IRD), Anne Gervais (APHP), Joseph Koffi (CHU Lyon), Eva Lelièvre (Ined), Florence Lot (Santé publique France), Laurence Meyer (Inserm).

Le projet d'une telle étude s'enracine dans la réflexion multidisciplinaire animée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) pour comprendre la situation épidémiologique et améliorer la réponse aux besoins des populations migrantes face au VIH et aux hépatites. Ainsi l'ANRS a soutenu l'étude *Parcours* dès sa conception, l'a financée, et nous remercions tout particulièrement Jean-François Delfraissy et Véronique Doré qui nous ont apporté leur appui à toutes les étapes du processus, ainsi que Marie-Christine Simon pour son aide sur la communication autour d'une enquête sensible. La Direction générale de la santé et l'agence Santé publique France (ex-Inpes) ont contribué au financement de cette recherche. L'ANRS et l'IRD ont apporté une contribution financière à l'édition de cet ouvrage. Au Ceped, Michelle Coste, Daniele Cavanna, et Yves Charbit et Étienne Gérard, ses directeurs, ont apporté un appui institutionnel et administratif précieux à ce projet. Sans oublier nos proches qui nous ont accompagnés dans ce parcours d'écriture. Qu'ils en soient tous remerciés.

*Structures de santé au sein desquelles
l'enquête a été conduite en Île de France
et médecins ayant participé à l'étude*

Groupe suivi pour un VIH

Hôpital intercommunal de Créteil, service de Médecine Interne (I. Delacroix, B. El Harrar V. Garrait, L. Richier) ; CHU Le Kremlin-Bicêtre, service de Médecine Interne (K. Bourdic, M. Duracinski, C. Goujard, Y. Quertainmont, D. Peretti) ; Hôpital Delafontaine, service de Maladies Infectieuses (M.A. Khuong, J. Krause, M. Poupard, B. Taverne, G. Tran Van) ; Hôpital Tenon, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (A. Adda Lievin, P. Bonnard, H. Cordel, M.G. Lebrette, F.X. Lescure, P. Thibault, N. Velazquez, J.P. Vincensini) ; CHU Lariboisière, service de Médecine Interne A (J.F. Bergmann, E. Badsì, J. Cervoni, M. Diemer, A. Durel, P. Sellier, M. Bendenoun, J.D. Magnier) ; CHU Saint-Antoine, service de Maladies Infectieuses et Tropicale (E. Bui, J. Tredup, P. Campa, N. Desplanque, M. Sebire) ; Hôpital Saint-Louis, services de Maladies Infectieuses et Tropicales et d'Immunologie Clinique (D. Ponscarne, N. Colin de Verdière, V. de Lastours, J. Gouguel, C. Gatey, C. Lascoux-Combe, V. Garrait, F. Taieb, N. De Castro, L. Gérard) ; Hôpital Bichat Claude Bernard, service de Maladies Infectieuses, VIH, et Tropicales (G. Pahlavan, B. Phung, F. L'Heriteau, A. Dia, A. Lepretre, G. Morau, C. Rioux, V. Joly, Y. Yazdanpanah, S. Legac) ; Hôpital René Dubos, service de Médecine Interne Dermatologie (L. Blum, M. Deschaud) ; Hôpital Européen George Pompidou, service d'Immunologie Clinique (M. Buisson, P. Kousignian, C. Minozzi, M. Karmochkine, D. Batisse, J. Pavie, M. Eliaczewicz, L. Weiss, G. Gonzalez, P. Castiel, I. Pierre, M. Beumont, D. Jayle, J. Derouinau, M. Manea, E. Bourzam) ; CHU Avicenne, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (S. Abgral, S. Mattioni, R. Barruet, N. Sayre, O. Bouchaud, M. Tatay, M. Gousseff, F. Mechai, T. Kandel, P. Honoré, M. Coupard) ; CHU Cochin Tannier, service d'unité Fonctionnelle de Pathologie Infectieuse (F. Bani-Sadr, L. Belarbi, G. Spiridon, T. Tahì, H. Mehawej, D. Salmon, B. Silbermann, A. Calboreau, P. Loulergue, H. Bouchez, V. Le Baut, M.P. Pietri) ; Centre hospitalier de Gonesse, service de Médecine Interne (D. Trois Vallets, V. Favret) ; Hôtel Dieu, Centre de Diagnostic et de Thérapeutique (J.P. Viard, A. Sobel, J. Gilquin, A. Cros, A. Maignan) ; CHI Poissy/Saint-Germain-en-Laye, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (Y. Welker, H. Masson, B. Montoya, J.L. Ecobichon) ; CH de Lagny Marne-la-Vallée, service de maladies infectieuses (E. Froguel, P. Simon, M.S. Nguessan, S. Tassi) ; Nouveau Centre Hospitalier Sud Francilien, service d'Hématologie Clinique (A. Devidas, L. Gerard, H. Touahri) ;

CHI Robert Ballanger, service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses (J.L. Delassus, M.A. Bouldouyre, V. Favret) ; Hôpital Intercommunal André Grégoire, service de Médecine Interne (C. Winter) ; CHU La Pitié-Salpêtrière, services de Médecine Interne 1 et de Maladies Infectieuses et Tropicales (S. Pelletier, M.C. Samba, S. Herson, A. Simon, M. Bonmarchand, N. Amirat, N. Smail, S. Seang, H. Stitou, L. Schneider, R. Tubiana, L. Epelboin, M.A. Valantin, C. Katlama, S. Ben Abdallah, P. Bourse, Y. Dudoit, C. Blanc) ; Centre Médical Institut Pasteur, consultations spécialisées (C. Charlier-Woerther, O. Lortholary, P.H. Consigny, A. Gergely, M. Shoai-Tehrani, G. Cessot, C. Duvivier, F. Touam, K. Benhadj) ; CMC de Bligny, service de Maladies Infectieuses et VIH (H. Ait Mohand, E. Klement, P. Chardon).

Groupe suivi pour une hépatite B

Hôpital Beaujon, service d'Hépatologie (A. Pumpo, T. Asselah, N. Guilly, N. Boyer, F. Mouri, C. Castelnaud, M. Pouteau) ; Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne (T. Poynard, Y. Benhamou, G. Bonyhay, P. Lebray, J. Massard, J. Moussali, V. Ratziau, M. Rudler, D. Thabut, R. Pais, E. Luckina, A. Simon, M.C. Samba, S. Pelletier, N. Smail) ; Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatobiliaire (J.C. Duclos Vallée, D. Samuel, A. Coilly) ; CHU Henri Mondor, service d'Hépatologie (F. Roudot-Thoraval, C. Hezode, E. Lopes) ; Hôpital Jean Verdier, service d'Hépatogastroentérologie (V. Bourcier, N. Ganne, P. Nahon, J. Cohelo, J.C. Trinchet, G. Gnkontchou, V. Grando, S. Brulé) ; Hôpital Cochin, unité d'Hépatologie (P. Sogni, H. Fontaine, V. Mallet, S. Tripon, A. Vallet Pichard, S. Pol, M. Corouge, M. Benazra, A. Noble, L. Bousquet) ; Hôpital Saint-Antoine, service d'Hépatogastroentérologie (D. Mohand, L. Serfaty, N. Carbonell, C. Corpechot, M. Lequoy, H. Mathiex-Fortunet, A. Pascale, O. Rosmorduc, O. Chazouillères, S. Mezhoud, T. Andreani, H. Regnault, A. Poujol-Robert, F. Benjelloun) ; Hôpital Gouin, service d'Hépatogastroentérologie (S. Levy) ; Hôpital Avicenne, services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses (D. Roulot, U. Warzocha, C. Cambonie, O. Bouchaud, F. Mechai, M. Goussef, N. Vignier, T. Kandel, P. Honore) ; CH de Lagny Marne-la-Vallée, service de Gastroentérologie (F. Harnois, G. Macaigne, K. Fernandes) ; Hôpital Lariboisière, services de Médecine Interne et d'Hépatogastroentérologie (J.F. Bergmann, P. Sellier, M. Bendenoun, J.D. Magnier, V. Ozenne) ; Hôpital Tenon, services d'Hépatogastroentérologie et de Maladies Infectieuses (D. Ancel, I. Popa-Gregoriou, F. Amiot, A. Garioud, J.D. Grangé, D. Chaslin-Ferbus, S. Gil-Diez, P. Bonnard, M.G. Lebrette, H. Cordel, F.X. Lescure, J.P. Vincenzini, A. Adda Lievin, P. Thibault, N. Velazquez) ; Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, service d'Hépatogastroentérologie (S. Barge, I. Rosa, L. Costes, L. Richier) ; Réseau ARES 92 (A. Seif, C. Chandemerle, M. Lalande,

T. Mazars) ; Réseau Paris Nord (J.P. Aubert, O. Taulera) ; Centre de santé du Comede (I. Alix, F. Fleury, O. Lefebvre, P. Revault, M. Petruzzi, C. Menard).

Groupe de référence, Consultations de Médecine Générale

Centre municipal de santé Gentilly (J.J. Bourcart) ; PASS Hôpital Saint-Louis (C. Georges, M. Andlauer, Y. Girardeau, F. Tapié de Celeyran, P. Bordon, N. Dardel, D. Levy, O. Taulera, M.L. Pintir Rageau, S. Dehaut) ; PASS Hôpital Lariboisière (C. Aparicio, U. Loeung, C. Toussaint) ; PASS Hôpital Saint-Antoine (V. Vasseur, A. Andel, O. Cha, P. Xu, V. Sivalingam, I. Hiesse, S. Ouaret, L. Zahzam, E. Bui) ; PASS hôpital La Pitié-Salpêtrière (E. Baut, M.A. Temple, A. Gillet, C. Leata, J. Legoff) ; Centre médical et dentaire Henri Barbusse-Gagny (F. Jardin, E. Jean Baptiste) ; Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (E. Corp, J. Nau, B. Chatelin, P. Weeger, N. Hervier, L. Lacroze) ; Centre municipal de santé Colombes (L. Ballonard, A. Seif) ; Centre médico-social Comede (I. Alix, F. Fleury, O. Lefebvre, P. Revault, M. Petruzzi, C. Menard) ; Centre médico-social Fresnes (Y. Chahan, J. Prost) ; Centre médico-social Livry-Gargan (D. Spindler, L. Rodin Zita, Nguyen, K. Dambielle) ; Centre médico-social Ambroise Croizat Franconville (P. Bourlier, P. Zaidi) ; Centre médico-social Mai-Politzer Arcueil (F. Block) ; Centre de santé Françoise Dolto Tremblay-en-France (N. Bessah) ; Centre médico-social Fontenay-aux-Roses (G. Barbier, G. Pilorget, N. Touazi) ; Centre Polyvalent de Santé Aimé Césaire Bobigny (F. Rouges, C. Chalal) ; Centre médical Pierre Rouques Villejuif (L. Cavanna, A. Sabah, M.C. Charansonnet, G. Ibanez) ; Centre de santé CPAM Choisy-le-Roi (M. Lesourd) ; Centre municipal de santé Issy-les-Moulineaux (M. Orbach-Roulière, J.P. Vilanova) ; Centre médical Elio Habib – Paris (M. Smadja, E. Rozenkier) ; Centre de santé Pierre Rouquès Le Blanc-Mesnil (C. Vincent, V. Bontemps, A. Ngaleu, F. Bensidhoum) ; Centre de santé Centre médico-social J.A. Dolidier Pierrefitte (M. Gharmaoui, B. Hubert-Andreani, V. Vinçon, K. Royer, S. Vernerey-Martin, C. Meunier, S. Djouhri, V. Ngadjeu) ; Centre médico-social Maurice Ténine Champigny-sur-Marne (F. Villebrun, D. Soletchnik, M. Deroche, S. Henry, M. Geminel, C. Tison, M. Dupuy, E. Balgone) ; Centre municipal de santé Nanterre (M. Esteve, C. Terra, Charles, L. Rossignol, C. Bismuth, G. Gillemot, M. Vanbana) ; Centre de santé Henri Barbusse Saint-Ouen (M. Djouab, G. Lyon, F. Ogier, J. Gelly) ; Centres de santé Savattero Montreuil (P. Vidigal, A. Gibier, A. Simonnet-Richard, C. Alvarez-Malgras) ; Dispensaire C.R.F. Boulogne-Billancourt (C. Dufresne, B. Huault, I. Cornuche) ; Centre municipal de Santé Louis-Fernet Sevran (H. Toutou, S. D'Epiro, F. Michard, N. Guesnier, F. Siecat) ; Centre médico-social Haxo Paris (N. Pinard, H. Gaborieau) ; Centre médico-social Pierre Rouques Vitry-sur-Seine (A. Beaupin, G. Albouy, C. Besacier, A. Soares, J. Le Breton).

Introduction

Annabel Desgrées du Loû et France Lert

Madame I est née à Bamako, Mali. Arrivée à 24 ans à Paris pour « tenter sa chance », elle se marie deux ans plus tard avec un Malien rencontré à Paris. Ils ont deux enfants et vivent dans un appartement en région parisienne. À chaque grossesse elle effectue un test de dépistage du VIH, à chaque fois négatif. Après la naissance de son deuxième enfant, elle tombe malade, et un nouveau dépistage VIH s'avère positif. Elle comprend alors que son mari était suivi pour une infection VIH et qu'il ne lui en avait pas parlé. Après un moment difficile où elle lui en veut beaucoup, ils font face ensemble à cette maladie. La vie continue. Madame I espère avoir d'autres enfants. Son travail l'aide à dépasser ses angoisses par rapport à la maladie.

Monsieur C est né au Cameroun. Il est vendeur d'objets d'art africains, ce qui l'amène à beaucoup voyager dans toute l'Afrique de l'Ouest. Il vient en France pour quelques mois pour son commerce. À l'occasion d'une forte fièvre, il est dépisté et découvre à Paris son infection VIH. Il doit changer ses projets et rester à Paris pour se faire soigner. Il n'a pas de logement à lui, il est hébergé chez des amis à qui il n'ose pas annoncer sa maladie. Depuis neuf mois, il attend d'avoir un titre de séjour pour soins pour pouvoir retourner au Cameroun, l'annoncer à sa femme, et réorganiser sa vie.

En France, les personnes nées en Afrique subsaharienne constituent le deuxième groupe le plus touché par l'épidémie de VIH/sida : en 2013, près d'un nouveau diagnostic VIH sur trois les concernait (Cazein *et al.*, 2015). Pour autant, les deux exemples ci-dessus illustrent ce qui peut

être une évidence, mais qu'il est bon de rappeler : les situations sont plurielles, l'infection a pu survenir dans le pays d'origine, mais aussi en France, et l'impact du diagnostic sur la « vie de tous les jours » dépend fortement de la situation vécue en France : ce n'est pas la même chose de se découvrir séropositif quand on a une famille, un travail, une vie en France, ou à l'occasion d'un bref séjour, alors que l'on vit à l'hôtel ou chez des amis.

L'étude *Parcours* est née de ces constats et des questions qu'ils soulèvent.

Le poids disproportionné de l'épidémie pour les immigrés venus d'Afrique subsaharienne reflète bien évidemment la situation de l'épidémie, puisque le continent africain est la région du monde la plus touchée, avec un système de prévention et de soins encore sous-dimensionné malgré les progrès accomplis (Onusida, 2012). Mais ce poids pose aussi des questions spécifiques aux immigrés en termes de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement. En termes de prévention, car il est possible qu'une partie des contaminations des immigrés africains vivant en France se soient produites en France et non dans le pays d'origine (Lucas *et al.*, 2012). En termes de dépistage, car pour prendre en charge correctement les personnes infectées il faut les diagnostiquer le plus tôt possible, ce qui implique des propositions de dépistage le plus vite possible après l'arrivée en France, puis répétées au cours de la vie en France. La prise en charge et l'accompagnement après un diagnostic VIH doivent enfin prendre en compte les situations sociales des personnes, qui peuvent être fragilisées par la migration, surtout juste après l'arrivée.

Immigration, VIH/sida et hépatite B chronique : genèse d'une recherche

Pendant longtemps, en France, ces questions (prévention, dépistage, prise en charge) n'ont pas été posées de façon spécifique pour les immigrés venus d'Afrique, peu nombreux parmi les malades des années 1980. La réflexion évolue à la fin des années 1990 avec la publication pour la première fois des données de surveillance par nationalité, publication retardée par la crainte de voir la xénophobie et le racisme venir s'ajouter à la discrimination de la séropositivité (Institut de veille sanitaire, 2007). Dans les années 2000, Didier Fassin montre comment « le lien, toujours problématique, entre sida et immigration, devient pensable parce qu'à la place de la seule question du risque, il est désormais abordé du point de vue des inégalités » (Fassin, 2002). Il ne s'agit en effet pas de pointer des « comportements à risque » chez les immigrés ou dans leurs sociétés

d'origine, mais d'explorer une possible inégalité entre nationaux français et immigrés dans l'exposition aux risques sexuels ainsi qu'en termes d'accès au dépistage et à la prise en charge s'il y a infection.

Dans la politique de lutte contre le VIH/sida, un volet spécifique est mis en œuvre pour les immigrés, avec une réflexion sur des outils de communication plus adaptés, des stratégies spécifiques de prévention et de dépistage incluant les acteurs des communautés concernées. Cependant, ces stratégies semblent insuffisantes, comme le montre le retard au diagnostic chez les étrangers (Calvez et Fierro, 2006). Dès 2002 une réflexion est alors menée à l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) sur la nécessité d'explorer le lien entre sida et immigration, malgré toutes les difficultés que cela représente, aussi bien méthodologiques (l'ensemble de l'appareil de statistique publique en France étant traditionnellement réticent à publier des analyses prenant en compte l'origine des individus) qu'éthiques (ANRS, 2002 ; Fassin, 2001). En 2005 est menée la première enquête sur les connaissances et attitudes des populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida (Lydié *et al.*, 2007). Pour aller plus loin, il paraît nécessaire d'adopter une perspective biographique : comprendre comment et quand survient la maladie dans les parcours migratoires et sociaux des individus, et en quoi elle les modifie, selon la région d'où ils viennent, les conditions de leur venue en France, le fait qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, d'arriver seul ou famille, pour réaliser un projet de vie ou fuir une situation intenable. Une recherche rassemblant plusieurs équipes de recherche et des associations s'engage alors dans cette voie : l'étude *Parcours*, qui a pour ambition d'explorer comment, chez les immigrés d'Afrique subsaharienne qui vivent en France, les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé s'entrecroisent et se construisent les unes par rapport aux autres.

Une autre maladie infectieuse chronique affecte particulièrement l'Afrique subsaharienne et, ce faisant, les Subsahariens en France : l'hépatite B chronique, qui touche huit fois plus les personnes nées en Afrique subsaharienne que la population générale (Meffre *et al.*, 2007). Ces deux maladies, infection VIH et hépatite B, ont en commun d'être asymptomatiques pendant plusieurs années et d'être dues à des virus qui se transmettent, entre autres, par voie sexuelle et de la mère à l'enfant, donc avec des implications sur la sexualité et la procréation. Le projet initial, né de questions autour du VIH/sida, s'élargit alors pour prendre en compte ces deux pathologies, le VIH/sida et l'hépatite B chronique, semblables sur bien des points et affectant toutes deux lourdement la population d'origine africaine vivant en France, mais qui diffèrent dans leurs répercussions sociales. En effet l'hépatite B, avec une évolution vers la maladie grave plus lente et moins fréquente, est une maladie qui « fait

moins peur » que le VIH/sida, qui est moins connue, mais qui ne bénéficie pas non plus de la forte mobilisation associative que connaît l'épidémie VIH depuis ses débuts et qui a permis, au sein des services médicaux, une prise en charge globale des patients, pas seulement médicale, mais aussi psychosociale (Pourette, 2013).

L'enquête *Parcours* est donc réalisée en 2012-2013 auprès de trois groupes d'immigrés¹ subsahariens² vivant en Île-de-France : un groupe vivant avec le VIH/sida, un groupe vivant avec une hépatite B, et un groupe n'ayant aucune de ces deux pathologies, « groupe de référence » pour comprendre, indépendamment de la maladie, les situations vécues en France.

Une enquête chez les Africains subsahariens vivant en Île-de-France

Ces questions autour de certaines maladies nous ont ainsi conduites à organiser ce qui existe peu en France : une étude à large échelle dans un groupe de population caractérisé par son origine. Notre tradition nationale privilégie l'analyse des faits sociaux par la position socioéconomique, et se méfie de toute caractérisation par l'origine, avec la crainte de voir les particularités des populations immigrées analysées seulement en termes de culture (le risque d'« essentialisation ») au détriment des processus sociaux ou politiques. Cependant, depuis le début des années 2000, plusieurs voix s'élèvent pour montrer le risque qu'il y a à occulter cette question de l'« origine ethnique », car la question immigrée croise la question sociale sans s'y réduire (Fassin et Fassin, 2006). Patrick Simon montre comment l'absence de prise en compte des origines « ethniques » des individus procède d'un paradigme socioéconomique qui postule que les inégalités ou discriminations dans les différents domaines de l'emploi, du logement, de la santé sont entièrement explicables par des différences de revenus ou d'éducation (Simon, 2002). Il fait un parallèle avec la prise en compte du genre. De la même façon que les travaux sur le genre ont montré que le fait même d'être une femme pouvait être défavorable sur le marché de l'emploi, à qualification et capital social égal avec un homme, il est pertinent de se demander ce qu'implique le fait même d'être un immigré. L'enquête *Trajectoires et Origines* (ou TeO) menée en 2008-2009 par l'Insee et l'Ined s'est ainsi attachée, avec succès,

1 Selon la définition qu'en donne l'Insee : personnes nées étrangères à l'étranger.

2 L'Afrique subsaharienne comprend les pays d'Afrique de l'Ouest, de l'Est, centrale et australe, Madagascar et les Comores.

à montrer que l'origine en elle-même peut être un facteur d'inégalités, en particulier par le mécanisme des discriminations (Beauchemin *et al.*, 2015). Nous nous situons dans la même lignée : parce qu'elle permet de mettre au jour des situations spécifiques et des difficultés spécifiques de la vie en France, une enquête auprès des Africains subsahariens était légitime et nécessaire. À la différence de l'enquête TeO, nous ne sommes cependant pas ici dans une approche comparative entre groupes de différentes origines, ni avec les natifs français, car notre objectif était avant tout de décrire ce qui se passe autour de la migration, et comment s'articulent maladie et migration pour ces deux maladies que sont le VIH/sida et l'hépatite B.

L'immigration africaine en France est relativement récente. Elle s'est développée au cours des cinquante dernières années, passant de 20 000 individus en 1962 à environ 800 000 en 2013 (Insee, 2017), *via* plusieurs étapes qui correspondent à des flux migratoires d'origines et de raisons diverses : tout d'abord une émigration de la zone sahélienne dans les années 1970, sous l'effet combiné de la sécheresse au Sahel qui pousse les hommes à chercher du travail ailleurs et de la demande de main-d'œuvre dans l'industrie française. Les immigrés venus dans ces conditions sont peu instruits, envoient tout leur salaire à leurs familles, sont mal logés. Sous l'effet de politiques de regroupement familial dans les années 1980, ils sont rejoints par leurs femmes et quittent les foyers pour s'installer en famille dans des appartements (Tardieu, 2006). Les années 1980 voient une diversification de l'immigration et l'arrivée d'étudiants et de personnes aisées, souvent fuyant des régimes répressifs ou des guerres civiles, en particulier d'Afrique centrale. L'Île-de-France accueille une majorité de ces nouveaux arrivants, qui y trouvent des compatriotes ou des communautés pour faciliter leurs premiers pas et restent pour trouver du travail. Des lieux de commerce et de restauration africains émergent en Île-de-France (Tardieu, 2006). Depuis les années 1990, sous l'effet des crises économiques et politiques sur le continent africain, la part de l'immigration en provenance d'Afrique subsaharienne progresse (Lessault et Beauchemin, 2009b). Plus de cinquante ans après les indépendances, elle porte encore le reflet de l'histoire coloniale de la France puisque trois immigrés sur quatre viennent d'un territoire anciennement français, avec trois bassins d'émigration, par ordre d'importance : l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Cap-Vert, Guinée), l'Afrique centrale (Congo, Zaïre, Cameroun) et l'Afrique insulaire (Madagascar, Maurice, Comores) (Lessault et Beauchemin, 2009a).

Par rapport à l'ensemble des immigrés en France, ce groupe de Subsahariens reste très minoritaire : ils sont trois fois moins nombreux que les immigrés maghrébins, ne représentent que 14 % de l'ensemble des

immigrés, et 1,2 % de la population française (811 000 en 2013 sur un total de 65,6 millions d'habitants) (Insee, 2017). Cependant en Île-de-France, où résident 60 % des immigrés africains subsahariens (Insee, 2012) leur poids est plus important (ils représentent 4 % de la population), en particulier dans certains départements comme la Seine-Saint-Denis qui ont vu ces dernières années une croissance des effectifs de natifs d'Afrique subsaharienne (Département Seine-Saint-Denis, 2016).

Malgré ce poids relativement faible dans la population française, et malgré le fait que l'immigration venant d'Afrique subsaharienne reste minoritaire dans les flux migratoires vers la France et l'Europe, celle-ci tient une place majeure à la fois dans les discours politiques et dans les crédits publics alloués au contrôle des migrations (Beauchemin *et al.*, 2013). Ce paradoxe tient à l'importance d'idées reçues catastrophistes alimentées par des fictions romanesques qui ont marqué les esprits (comme *Le Camp des Saints* de Jean Raspail) et les images chocs de migrants africains s'entassant dans des pirogues, mourant en Méditerranée, ou tentant de passer les barbelés des enclaves espagnoles au Maroc. L'immigration subsaharienne est à la fois perçue comme une invasion des pays européens et un exode du continent africain, qui serait trop pauvre pour nourrir des populations en pleine « explosion démographique ». L'enquête MAFE sur les migrations africaines entre l'Afrique et l'Europe a apporté des éléments statistiques qui vont à l'encontre de ces idées reçues et a montré que l'immigration africaine n'est « ni une invasion ni un exode » (Lessault et Beauchemin, 2009a). Cette enquête a permis de relativiser tant le poids de ces immigrés dans la population française que le poids des émigrés dans les populations des pays d'origine. Elle a montré enfin que lorsque les Africains quittent leur pays, c'est bien plus souvent pour aller dans un autre pays africain que pour venir en Europe (Beauchemin *et al.*, 2013).

S'inscrivant à la suite de ces grandes enquêtes TeO et MAFE qui ont décrit pour l'une la situation de l'ensemble des immigrés en France, et pour l'autre les flux migratoires entre l'Afrique et l'Europe, l'enquête *Parcours* s'attache à décrire ce qui se passe dans les vies des personnes qui ont fait cette migration entre l'Afrique et la France et qui habitent aujourd'hui en Île-de-France, quelle que soit leur situation par rapport au titre de séjour. Première enquête quantitative de cette ampleur menée auprès d'immigrés d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, cette étude apporte des éléments chiffrés pour mieux comprendre leurs parcours migratoires et d'installation, puis sur la façon dont ces parcours peuvent être impactés par les deux maladies que sont le VIH/sida et l'hépatite B, et enfin plus largement sur leurs comportements de santé, en particulier de santé sexuelle et reproductive. Issue de la santé publique, elle a aussi pour objectif d'informer et

de guider les stratégies et les politiques de santé, de produire des données objectivées pour « guider l'action » (Fassin, 2008).

Une étude qui prend en compte les différentes temporalités

Les parcours s'inscrivent dans le temps. Les explorer implique de reconstituer cette histoire personnelle qui s'est déroulée à l'échelle d'une vie, ce qui demande un type de collecte particulier : la collecte dite biographique, qui reprend l'esprit des récits de vie utilisés par les sociologues et les anthropologues, mais en utilisant des outils standardisés qui permettront un traitement statistique pour décrypter les tendances majeures et les variations.

Ces histoires personnelles se déroulent dans un contexte politique ou économique donné, marqué en particulier en Afrique par des crises économiques et politiques, en France par une évolution des politiques migratoires ou de la législation en matière d'accès à la couverture maladie pour les étrangers, et par la crise économique de 2008. Elles se déroulent aussi dans une histoire de l'épidémie de sida fabuleusement rapide : en trente ans, depuis la découverte des premiers cas de sida en 1985, on est passé d'une situation apocalyptique où se découvrir séropositif pour le VIH équivalait à un arrêt de mort à une maladie qui peut être aujourd'hui très bien contrôlée par des médicaments antirétroviraux, et avec lesquels on peut mener une vie presque normale : faire des projets, travailler, rencontrer des partenaires, se mettre en couple, avoir des enfants, sans même craindre de transmettre le virus à son ou sa partenaire après quelques semaines de traitement bien suivi (Desclaux *et al.*, 2014).

Cet ouvrage explore cette articulation des différentes temporalités : temps des « âges de la vie », temps du parcours migratoire, temps politique, temps de la lutte contre l'épidémie de sida.

Le contenu de l'ouvrage

On trouvera dans un chapitre préliminaire une présentation de la façon dont s'est déroulée l'enquête, comment et dans quelles conditions on a collecté ces histoires de vie et comment nous avons répondu au triple défi de reconstituer des histoires de vie, interroger la place de la maladie dans ces histoires de vie, et cela auprès d'échantillons aléatoires à partir desquels on puisse obtenir des résultats généralisables. Puis la première partie présente le processus d'arrivée en France : combien d'an-

nées cela prend pour accéder à une certaine sécurité (un logement, un titre de séjour stable, un travail, une couverture maladie), quels sont les remaniements professionnels et conjugaux qui s'opèrent autour de la migration. La deuxième partie interroge la place du VIH et de l'hépatite B dans ce processus d'arrivée et d'installation : elle aborde en particulier la question de l'infection en France, et des conditions qui la favorisent. Ces deux maladies, dont on sait qu'elles touchent particulièrement les immigrés subsahariens, sont-elles dépistées suffisamment rapidement après l'arrivée en France ? Dans la troisième partie, on suivra l'impact de ces maladies, chez les personnes chez qui elles ont été diagnostiquées. Cette partie s'appuie non seulement sur les résultats de l'enquête quantitative, mais aussi sur deux enquêtes complémentaires qualitatives menées pour l'une dans des services de prise en charge du VIH et de l'hépatite B, et pour l'autre dans des associations d'aide aux femmes africaines vivant avec le VIH. La quatrième partie présente, au-delà du VIH et de l'hépatite B, quelques éléments de la santé des Africains vivant en Île-de-France : leur consommation de tabac et d'alcool, les problèmes de surpoids, les symptômes d'anxiété et de dépression, les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement. Le tout dernier chapitre apporte le regard d'un politiste sur une telle enquête et ses enseignements. Enfin la conclusion revient sur ce qu'apporte cette étude pour une meilleure compréhension des situations de vie et de la santé des Africains subsahariens en France.

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*, Paris, Ined éditions (Grandes enquêtes), 622 p.

BEAUCHEMIN C., KABBANJI L., SAKHO P., SCHOUMAKER B., 2013, *Migrations africaines : le codéveloppement en questions. Essai de démographie politique*, Paris, Armand Colin (Recherches), 343 p.

CALVEZ M., FIERRO F., 2006, « Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels », Rennes, InVS, InVS, ANRS, PRISM, Observatoire du Samu Social de Paris, Université Rennes 2.

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.

DÉPARTEMENT SEINE-SAINT-DENIS, 2016, « La population étrangère par nationalités en Seine-Saint-Denis », *Décryptage*, avril.

DESCLAUX A., BOYE S., SOW K., NDOYE T., 2014, « Typologie de l'expérience des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au temps de la maladie chronique », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 107, 4, p. 244-245.

FASSIN D., 2008, *Faire de la santé publique*, Éditions de l'École des hautes études en santé publique, Rennes.

FASSIN D., 2002, « Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux », *Sida, immigration et inégalités*, ANRS, Paris.

FASSIN D., 2001, « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida », *L'Homme*, 4, 160, p. 137-162.

FASSIN D., FASSIN E. (dir.), 2006, *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, La Découverte, Paris.

INSEE, 2017, « Étrangers-Immigrés. Tableaux de l'économie française, édition 2017 ».

INSEE, 2012, « Immigrés et descendants d'immigrés en France, édition 2012 ».

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, 2007, « Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – dix ans de surveillance, 1996-2005. Synthèse ».

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 2009, p. 1-4.

LUCAS E., CAZEIN F., BRUNET S., THIERRY D., PILLONEL J., LOT F., PINGET R., LECLERC M., BENYELLES L., DA COSTA C., SEMAILLE C., BARIN F., 2012, « Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003 : données de huit années de surveillance », *InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46-47, p. 533-537.

LYDIÉ N., BELTZER N., FÉNIES K., HALFEN S., LERT F., LEVU S., LYDIÉ N., 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Éditions Inpes (Études santé).

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.

ONUSIDA, 2012, « Rapport Onusida sur l'épidémie mondiale de sida », Onusida/JC2417F, Onusida.

POURETTE D., 2013, « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle clé de la relation médecin-patient », *Santé publique*, 25, 5, p. 561-570.

SIMON P., 2002, « La catégorisation statistique des "immigrés" : analyse des inégalités et lutte contre les discriminations », *Sida, immigration et inégalités*, ANRS, Paris, p. 15-31.

TARDIEU M., 2006, *Les Africains en France : de 1914 à nos jours*, Éditions du Rocher (coll. Gens d'ici et d'ailleurs).

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. GOSSELIN, 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/uftr/idup/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 influencer 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 avons 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^{re} 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

aux autres, et éventuellement d'identifier l'événement clé autour duquel les enquêtes 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.ceped.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 immigrants 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 RESIDENTIEL			
		1.1 PAYS	1.2 DEPARTEMENT	Logement en France	
				1.3 Nature du logement	1.4 Instabilité résidentielle (Cocher la case)
				1 - Si l'adresse unique logement 2 - sans droit de logement par votre famille 3 - sans droit de logement par d'autres personnes de votre entourage 4 - autre à préciser	Hébergé par des parents ou proches Hébergé chez des amis ou proches Hébergé dans un squat Hébergé dans un logement personnel
2011	35	FRANCE	93	1 ↑ INSTABRESIS ↓ 2	
2010	34				
2009	33				
2008	32				
2007	31				
2006	30				
2005	29				
2004	28				
2003	27				
2002	26				
2001	25				
2000	24				
1999	23				
1998	22				
1997	21				
1996	20				
1995	19				
1994	18				
1993	17				
1992	16				
1991	15				
1990	14				
1989	13				
1988	12				
1987	11				
1986	10				
1985	9				
1984	8				
1983	7				
1982	6				
1981	5				
1980	4				
1979	3				
1978	2				
1977	1	BENIN			
1976	0				
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.cephed.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

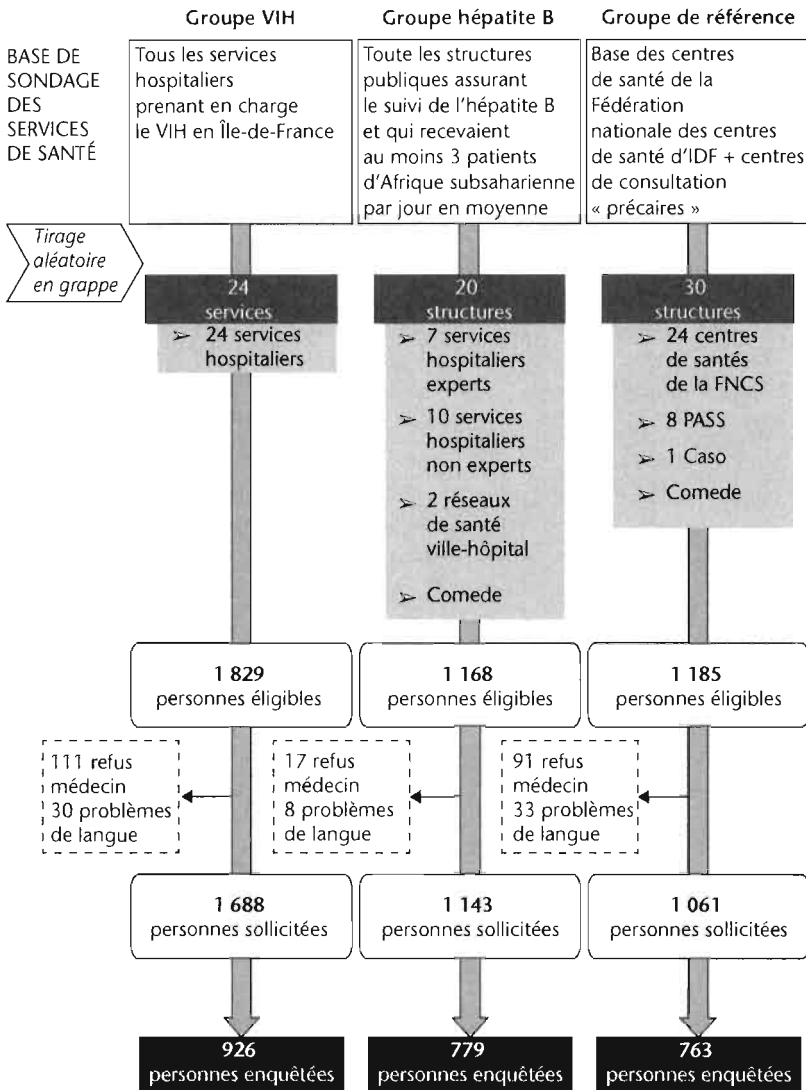
Proposer une enquête de ce type dans un cadre médical implique d'insérer un entretien d'environ une heure, mené par une personne extérieure au service (l'enquêteur), au sein du « flux tendu » des consultations médicales. Cela demande deux ressources rares dans les structures de santé : *le temps* (celui 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 1 réseau de médecins de ville Comede	Centres de santé PASS Comede 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.

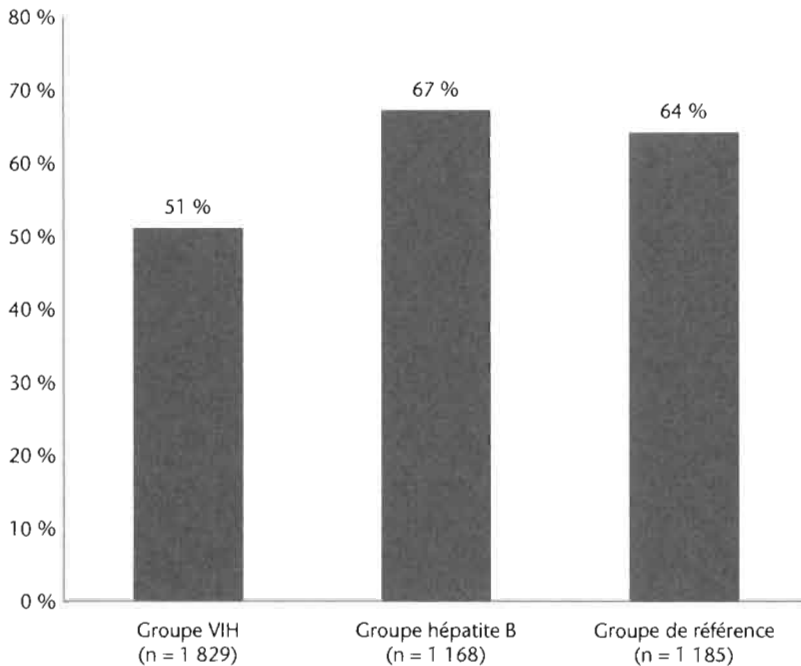
Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

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 ÎLE-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

anRS
GAPD
Canada
AIDES
SOS hépatites
FORIN

Prendre en compte les difficultés avec la langue française

Nous avons 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'enquête 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 existant 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)	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
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 australe	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	%	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	30		27		26		28		26		26	
[IQR]	[25-37]		[23-33]		[22-32]		[23-34]		[23-32]		[20-31]	
Séjour en France [IQR]	13		12		12		12		10		13	
	[8-24]		[6-17]		[4-24]		[7-17]		[4-16]		[6-25]	

Période d'arrivée

Avant 1996	37 %	127	24 %	126	33 %	96	24 %	140	22 %	51	37 %	121
1996-2004	36 %	126	37 %	209	27 %	98	46 %	254	31 %	70	30 %	116
2005-2013	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

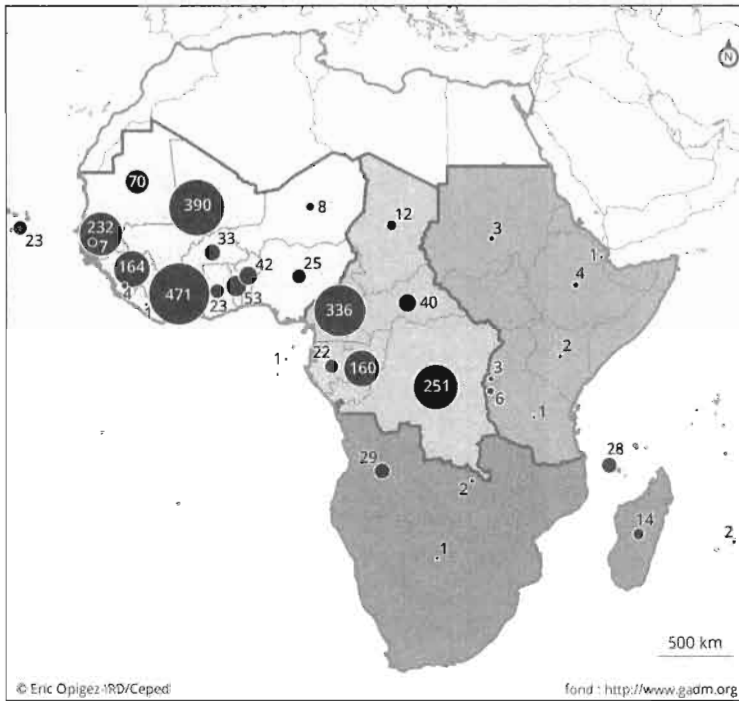
La répartition par sexe diffère sensiblement entre les trois groupes, car les épidémies VIH et hépatite B ne touchent pas de la même façon hommes et femmes. Dans le groupe de référence, les femmes représentent 57 % de notre échantillon, ce qui correspond à la répartition par sexe dans la population immigrée 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

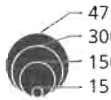
La carte 1 récapitule la répartition des individus enquêtés selon leur pays de naissance : l'Afrique subsaharienne est représentée dans son ensemble, avec une plus forte représentation des pays qui ont été des colonies françaises, à l'image des flux migratoires de l'Afrique vers la France.

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



Nombres d'enquêtés
par pays d'origine



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

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.

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.

Première partie

S'installer en France

« ... pour son dernier jour en tant que vigile, Kassoum ne va pas faire de zèle. Après sept ans de vie en France, il a rendez-vous à la préfecture de police. Demain, peut-être obtiendra-t-il sa première carte de séjour. Peut-être. »

Gauz, *Debout-payé*, 2014.

L'installation en France au fil des décennies : la situation a-t-elle évolué ?¹

Anne Gosselin, Annabel Desgrées du Loû, Eva Lelièvre

Bien souvent, les chiffres qui circulent pour décrire la situation sociale des immigrés subsahariens en France dépeignent des conditions de vie matérielle dégradées. En 2011, selon les données du recensement, 42 % des ménages subsahariens vivaient en dessous du seuil de pauvreté, contre 11 % dans la population non immigrée (Insee, 2012a). Cependant, ces chiffres qui constituent une photographie, à un moment donné, de l'ensemble des personnes venues d'Afrique et vivant en France, ne disent rien de la façon dont évoluent les situations à partir de l'arrivée dans le pays. Renvoient-ils essentiellement aux difficultés rencontrées par les personnes qui viennent d'arriver en France, ou bien ces difficultés sont-elles partagées par l'ensemble de la population originaire d'Afrique subsaharienne, y compris les personnes arrivées longtemps auparavant ? L'enquête *Parcours*, qui a collecté des informations sur la situation année après année après l'arrivée en France permet, au-delà des « instantanés » que donnent à voir les chiffres habituels, de retracer comment ont évolué les situations à partir de l'arrivée en France. C'est ainsi, *a posteriori*, le processus d'installation en France que nous pouvons retranscrire, et la façon dont il a évolué depuis les années 1970.

En effet, au cours des quarante dernières années, les conditions de vie et d'accueil des étrangers ont changé, du fait des conditions socioéconomiques,

1 Les résultats présentés dans ce chapitre font l'objet d'un bulletin *Populations et Sociétés* (n° 433) et d'un Working Paper du Ceped (www.cephed.org/wp)

ENCADRÉ 1. Histoire récente des politiques migratoires en France

Au XIX^e siècle, la Révolution industrielle, les bouleversements politiques en Europe et le développement des empires coloniaux ont été autant de facteurs de migrations vers la France, migrations qui sont donc depuis longtemps un élément essentiel de la composition démographique du pays. Dans l'histoire récente, le pays a connu essentiellement deux phases : une phase favorable à l'immigration dans un pays en pleine reconstruction après la Seconde Guerre mondiale suivie d'une période de croissance et d'industrialisation, puis une phase de construction d'un consensus sur la maîtrise des flux migratoires (Blum Le Coat et Eberhard, 2014).

1. Des ordonnances de 1945 à la suspension de l'immigration de travailleurs en 1974

La Seconde Guerre mondiale a été marquée par de grands mouvements de population : afflux de réfugiés politiques espagnols en France en 1939 fuyant le régime de Franco, envoi par le régime de Vichy des travailleurs étrangers en Allemagne pour le Service du travail obligatoire, loi de dénaturalisation des Juifs en juillet 1940, etc.

Au lendemain de la guerre, la France est dans une situation de reconstruction et de déficit de main-d'œuvre. Deux ordonnances sont prises pour définir les conditions d'accès à la nationalité française (19 octobre 1945) et les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France (2 novembre 1945). Des accords bilatéraux sont signés avec des pays proches (Espagne, Portugal, Maroc, Tunisie...) pour faire venir des travailleurs. Malgré la création de l'ONI (Office national d'immigration) en 1946 et la volonté de contrôle de la part des autorités, la maîtrise des courants migratoires échappe progressivement aux autorités publiques. En juillet 1968, une circulaire du ministère des Affaires sociales interdit pour la première fois après guerre la régularisation des situations de travailleurs étrangers entrés sans titre valable sur le territoire. Cette mesure est renforcée par les circulaires dites « Marcellin-Fontanet » en 1972 qui interdisent les régularisations de personnes entrées en France sans contrat de travail. Dans un contexte de crise économique suite au choc pétrolier de 1973, par décision du Conseil des ministres le 3 juillet 1974, l'immigration de travailleurs est suspendue. En 1976, un décret pose les conditions dans lesquelles le regroupement de la famille des étrangers est permis.

2. La construction d'un consensus politique sur la maîtrise des flux migratoires (des années 1980 aux années 2000)

Depuis les années 1980, l'immigration a été constituée comme « problème social » dans le discours politique et la maîtrise des flux migratoires affichée comme priorité par les gouvernements successifs. Toutefois, deux grandes

opérations de régularisation ont eu lieu sous des gouvernements socialistes : l'une en 1981-1983 (132 000 personnes) et l'autre en 1997-1998 (76 500 personnes).

Au fil des alternances politiques, les conditions d'accès aux titres de séjour se sont globalement durcies. La première loi Pasqua (9 septembre 1986) rend au préfet le droit de prononcer la reconduite à la frontière des étrangers en situation irrégulière et restreint l'accès à la carte de résident de plein droit. La deuxième loi Pasqua en août 1993 resserre les conditions du regroupement familial, notamment en instaurant des conditions de ressources et en interdisant le regroupement familial aux personnes qui auraient connu une situation d'irrégularité en France ou qui constitueraient un trouble à l'ordre public. Les lois de 2006 et 2007 marquent le début d'un nouveau durcissement des conditions d'accès au séjour pour les migrants familiaux (conditions de ressources et de logement, appréciées de manière discrétionnaire par le préfet, octroi d'un visa long séjour pour le rejoignant conditionné à son degré de connaissance de la langue et des valeurs de la République) et la volonté de favoriser une migration de travail pour les migrants qualifiés, ou encore dans des métiers connaissant des difficultés de recrutement (dits « en tension »). La mise en place du « Contrat d'accueil et d'intégration » à partir de 2006 (aujourd'hui « Contrat d'intégration républicaine ») conditionne le renouvellement des cartes temporaires et l'accès à la carte de résident à l'« intégration républicaine », appréciée notamment au regard de la connaissance de la langue française (Beauchemin, Borrel et Régnaud, 2015). L'autre versant de la maîtrise des flux migratoires est la mise en place de la répression de l'immigration irrégulière. Les centres de rétention administrative (CRA) sont mis en place par la loi Bonnet dès 1980. En 2003, le ministère de l'Intérieur fixe à chaque préfet des objectifs annuels d'éloignement des étrangers en situation irrégulière. Parallèlement, les moyens alloués à l'identification, l'interpellation, le placement en rétention des étrangers vont augmenter : de 44 500 interpellations en 2004 on passe à 60 000 en 2011. L'ensemble de ces mesures se déploie aussi en accord avec la politique menée au niveau de l'Union européenne, puisque le traité d'Amsterdam en 1997 prévoit la gestion commune des questions d'immigration et d'asile. En 2003, la directive sur le regroupement familial durcit les conditions du regroupement familial en Europe et, en 2008, le Parlement européen vote la directive « du retour » pour encourager les retours volontaires ou contraints.

mais aussi d'évolutions marquées en matière de politique migratoire de la France (cf. encadré 1).

Dans les années les plus récentes en particulier, les conditions du regroupement familial se sont durcies dans le cadre de la directive européenne « EU Family Reunification » (Block et Bonjour, 2013) : en 2006, de nouvelles conditions pour le regroupement familial apparaissent : écart d'âge maximum entre les conjoints, ancienneté de l'immigration et

ENCADRÉ 2. Qu'est-ce que l'installation ?

L'installation est ici considérée de manière globale et définie comme le processus d'accès à trois ressources que sont le logement, les papiers et l'emploi.

Les quatre indicateurs suivants sont donc utilisés pour mesurer l'installation :

Le temps mis pour accéder à un premier logement personnel

Un logement où l'on ne dépend pas de la volonté d'un tiers (hébergement) ou des aléas des hébergements d'urgence (hébergement associatif, changements fréquents de logement), quel que soit le statut d'occupation (propriétaire, locataire, etc.). Le logement en foyer est considéré comme un logement personnel puisqu'il constitue historiquement un mode de logement, pour les travailleurs immigrés du Maghreb et aujourd'hui pour les immigrés subsahariens (Bernardot, 2008).

Le temps mis pour accéder au premier titre de séjour d'au moins un an (ou carte de séjour temporaire)

Un titre de séjour qui non seulement lève le risque d'être interpellé lors d'un contrôle, mais qui le plus souvent donne aussi aux personnes le droit de travailler (contrairement à certaines autorisations de séjour plus courtes).

Le temps mis pour exercer un premier emploi déclaré ou non qui permet d'être indépendant financièrement

L'enquête a permis de recueillir l'ensemble des activités professionnelles, qu'elles soient formelles ou non, ainsi que l'ensemble des périodes dites « de petits boulots », pendant lesquelles les individus déclaraient avoir changé fréquemment de travail durant l'année. Dans cet indicateur d'accès à l'activité, toutes les activités sont donc prises en compte (formelle ou informelle, « petit boulot » ou emploi stable), du moment qu'elles permettent à la personne d'être indépendante financièrement.

Enfin, nous mesurons le temps nécessaire pour obtenir ces trois éléments d'installation (*indicateur combiné d'installation*).

conditions de logement. En 2007, la loi dite « Hortefeux » prévoit que la personne qui réside déjà en France puisse justifier de 100 % à 120 % du salaire minimum et instaure l'obligation pour la personne qui rejoint sa famille de passer un test portant sur la maîtrise de la langue française et sur sa connaissance des valeurs républicaines.

Parallèlement, la crise économique de 2008 a pu modifier le contexte dans lequel se déroule l'installation des immigrés, car ils sont les plus touchés par le chômage (en 2011, le taux de chômage était de 18 % pour les actifs immigrés d'Afrique subsaharienne et de 7 % en population non immigrée [Insee, 2012b]).

Dans ce contexte, combien de temps a-t-il fallu pour s'installer ? Est-ce que cela dépend du niveau d'éducation, des circonstances de l'arrivée ?

Est-ce plus difficile dans les années récentes qu'auparavant ? Et que dire des différences entre hommes et femmes ?

Nous nous attacherons dans ce chapitre à décrire le processus d'installation, c'est-à-dire l'accès au logement, au titre de séjour et à l'emploi (cf. encadré 2) et à mieux en comprendre les mécanismes. Comme nous nous intéressons à l'installation, nous ne retenons que le groupe de référence pour donner des chiffres représentatifs de l'ensemble des immigrés subsahariens qui vivent en Île-de-France et qui consultent dans les différents types de centres de santé. De plus, nous ne retenons que les personnes qui avaient au moins 18 ans au moment de leur migration afin d'exclure la plupart des migrations décidées par les parents.

L'installation est un processus de plus en plus lent

Des profils hétérogènes à l'arrivée

À leur arrivée, les personnes interrogées dans l'enquête présentent des profils très hétérogènes (tableau 1). Elles sont pour moitié arrivées après 27 ans pour les hommes et 26 ans pour les hommes et les femmes, ce qui signifie que l'installation a lieu à l'âge adulte et que, dès leur arrivée, la plupart des personnes doivent être indépendantes, trouver un logement et du travail. Plus de la moitié des enquêtés sont nés dans un pays d'Afrique de l'Ouest, ce qui correspond à ce que l'on sait des flux d'immigration africaine vers la France. Les immigrés les plus anciens sont arrivés en 1972 et les plus récents en 2011 : ainsi, la moitié des personnes sont arrivées il y a plus de quatorze ans (pour les deux sexes). La population de l'enquête permet donc de décrire des flux d'immigration divers, qui se sont déroulés à des époques et dans des contextes de départ et d'arrivée très différents.

En effet, l'immigration subsaharienne trouve son origine dans des pays aux contextes variés. D'un côté, l'émigration des pays du Sahel constitue plutôt un flux de migration de travailleurs, tandis que celle des pays d'Afrique centrale et du golfe de Guinée est largement une migration d'exil et d'asile. Ainsi, les niveaux d'études observés dans la population d'enquête sont très variables, avec une part non négligeable des personnes qui avaient un niveau d'études faible à leur arrivée (34 % des hommes, 23 % des femmes), mais aussi des personnes arrivées avec un niveau d'études supérieur (24 % des hommes, 16 % des femmes).

Près de la moitié des femmes sont venues pour rejoindre leur famille (46 %), pour la plupart dans le cadre du regroupement familial, alors que la raison « tenter sa chance, trouver du travail » est plus fréquente chez

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques à l'arrivée en France des personnes arrivées à 18 ans et plus, par sexe

	Hommes N = 247	Femmes N = 266	p
Âge			
18-34 ans	17 %	25 %	n.s.
35-44 ans	30 %	23 %	
45-60 ans	54 %	53 %	
Médiane (25 %-75 %)	46 (37 ; 52)	45 (35 ; 52)	
Âge à l'arrivée (années)			
Médiane (25 %-75 %)	27 (23 ; 32)	26 (22 ; 32)	
Région de naissance			
Afrique de l'Ouest	67 %	52 %	*
Afrique centrale	30 %	43 %	
Afrique de l'Est et du Sud	3 %	5 %	
Période d'arrivée			
1972-1995	41 %	38 %	n.s.
1996-2004	33 %	37 %	
2005-2011	26 %	25 %	
Statut conjugal à l'arrivée			
Célibataire	56 %	34 %	***
En couple en France	25 %	59 %	
En couple avec un partenaire à l'étranger	19 %	8 %	
Raisons de la migration en France			
Tenter sa chance/travail	45 %	23 %	***
Raisons familiales	12 %	46 %	
Menacé.e dans son pays	22 %	16 %	
Études	19 %	13 %	
Raisons de santé	1 %	3 %	
Niveau d'études à l'arrivée			
Aucun/primaire	34 %	23 %	***
Secondaire	42 %	61 %	
Supérieur	24 %	16 %	
Situation de logement à l'arrivée			
Logement personnel	19 %	41 %	***
Hébergé.e	45 %	44 %	
Structures collectives	2 %	1 %	
Foyer	11 %	2 %	
Instabilité résidentielle	22 %	12 %	

	Hommes	Femmes	
	N = 247	N = 266	p
Situation administrative à l'arrivée			
Nationalité française	2 %	2 %	n.s.
Titre de séjour de 1 an et plus	19 %	25 %	
Autorisations provisoires de séjour	33 %	40 %	
Pas de titre de séjour	46 %	34 %	
Situation d'activité à l'arrivée			
Inactivité	26 %	50 %	***
Études	15 %	18 %	
Activité	59 %	32 %	

Champ : individus du groupe de référence âgés de 18 ans ou plus au moment de l'arrivée en France.

Note : la situation administrative à l'arrivée ne concerne pas le document avec lequel la personne a voyagé, mais le titre de séjour avec lequel la personne a passé la majeure partie de sa première année en France.

Lecture : parmi les hommes interrogés dans le groupe de référence, 67 % venaient d'Afrique de l'Ouest.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; (25 %-75 %) : intervalle interquartile.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

les hommes (45 %). Près de 59 % des femmes sont en couple en France l'année de leur arrivée. Une part non négligeable des personnes interrogées dans l'enquête sont venues pour faire des études (13 % des femmes et 19 % des hommes) et les personnes venues pour raisons de santé sont très peu nombreuses (3 % des femmes et 1 % des hommes).

Malgré la diversité des raisons de la migration et des niveaux d'éducation, les expériences de précarité au moment de l'arrivée sont fréquentes : 22 % des hommes et 12 % des femmes sont sans logement stable, et près de la moitié sont hébergés par de la famille ou des amis pendant l'année de l'arrivée en France (tableau 1).

En partie en raison des logiques différenciées de venue en France, cette situation à l'arrivée diffère selon le sexe : le logement personnel étant une condition pour faire venir sa famille en France, près de 41 % des femmes ont un logement personnel l'année de leur arrivée contre seulement 19 % des hommes. Un homme sur dix est en foyer l'année de l'arrivée contre seulement 2 % des femmes.

De plus, la précarité administrative est très élevée lors de cette première année : 46 % des hommes et 34 % des femmes n'avaient pas encore de titre de séjour l'année de leur arrivée en France, et un peu plus d'un tiers n'avait que des autorisations provisoires de séjour. Ces chiffres relativement

élevés pourraient s'expliquer par le fait que l'enquête Parcours, contrairement à d'autres enquêtes, a permis d'interroger des personnes en situation irrégulière. Par ailleurs, d'autres études ont montré que le passage par la situation irrégulière était fréquent, même parmi des personnes entrées régulièrement sur le territoire (Beauchemin et Lessault, 2014). Enfin, la proportion de personnes sans emploi l'année de l'arrivée est élevée : 26 % des hommes et 50 % des femmes.

Ces chiffres élevés de précarité soulignent la situation d'insécurité que traversent les immigrés d'Afrique subsaharienne l'année de leur arrivée, et ce malgré des profils très hétérogènes. Mais cette situation se prolonge-t-elle dans le temps ?

*Une longue période de précarité comme lot commun,
mais des différences marquées entre hommes et femmes*

Le processus d'installation complet (qui correspond ici à l'accès aux trois ressources que sont le logement personnel, le titre de séjour d'au moins un an et l'emploi) prend sept ans pour les hommes et six ans pour les femmes en médiane (figure 1).

Ainsi, malgré le fait que les indicateurs choisis relèvent des besoins élémentaires, le processus d'installation global est très long. Au bout de douze ans, un quart des hommes n'a toujours pas obtenu ces trois éléments d'installation (onze ans pour les femmes). Les immigrés subsahariens traversent donc une longue période de précarité en France après leur arrivée.

Selon le sexe, l'accès à chacune des trois ressources se fait à des vitesses différentes.

Pour la moitié des femmes d'Afrique subsaharienne, il a fallu attendre la seconde année en France pour accéder à un logement personnel, et pour les hommes la troisième année. Les femmes ont plus rapidement un logement personnel car elles émigrent plus souvent pour rejoindre un membre de la famille.

Cet accès globalement difficile au logement personnel est à mettre en perspective avec la crise structurelle du marché du logement en Île-de-France. Selon un récent rapport, au moins 950 000 personnes vivent en situation de mal-logement en Île-de-France, en raison du coût élevé, voire exorbitant, du logement, de la rareté de l'offre de logements accessibles, de l'insuffisance de l'offre d'hébergement, ou encore des discriminations dans l'accès au logement (Fondation Abbé Pierre, 2015). Les résultats de différentes enquêtes montrent que la population sans logement en général est majoritairement d'origine étrangère (Guyavarch et Méner, 2014) et, parmi les familles à la rue, cette proportion est encore plus importante.

Dans l'enquête ENFAMS menée auprès de familles et enfants sans domicile, toujours en Île-de-France, plus de neuf parents sans domicile sur dix sont nés à l'étranger, et environ un tiers en Afrique subsaharienne (Observatoire du Samu social de Paris, 2014).

Dans cette situation de crise du logement, 24 % des hommes interrogés dans Parcours qui obtiennent un logement personnel passent par une chambre dans un foyer de travailleurs, contre 7 % chez les femmes. Chez les hommes survit ainsi un modèle mis en place dès les années 1960, celui du travailleur venu seul en France et logé dans les foyers de type Sonacotra (Bernardot, 2008). La durée de séjour dans un foyer est également différente entre hommes et femmes : sept ans pour les hommes en médiane et deux ans pour les femmes. Ainsi, pour les hommes immigrés, les foyers représentent un mode de logement fréquent, beaucoup plus rare et temporaire chez les femmes.

À noter que l'accès à un logement personnel ne dit rien de la nature du logement ni de son état ; il existe d'importants problèmes d'insalubrité et de suroccupation des logements en Île-de-France (Fondation Abbé Pierre, 2015). Ainsi l'accès à un logement personnel est un élément basique d'installation, mais ne signifie pas l'accès à un logement décent.

La différence entre hommes et femmes existe également dans l'accès au titre de séjour stable : pour la moitié des personnes, l'accès au titre de séjour d'au moins un an ne se fait pas avant la troisième année pour les femmes et la quatrième année pour les hommes, écart qui s'explique toujours par la plus grande proportion de femmes venues dans le cadre du regroupement familial. Ces chiffres traduisent un processus de régularisation qui dure plusieurs années. Dans un contexte politique de limitation de l'immigration qui est celui de la France, des travaux précédents ont montré que, malgré une entrée le plus souvent régulière sur le territoire français, l'accès à un titre de séjour était difficile pour les immigrés. Les étrangers se retrouvent fréquemment sans titre de séjour, l'irrégularité du séjour étant ainsi « fabriquée légalement » par les politiques d'immigration (Vickstrom, 2014). D'autre part, les restrictions croissantes observées dans la délivrance du statut de réfugié affectent en particulier les Africains qui viennent de régions dans lesquelles de nombreux conflits ont eu lieu ces dernières décennies (Beauchemin et Lessault, 2014), en lien avec plusieurs crises politiques qui ont eu lieu depuis le milieu des années 1990, dont notamment le génocide au Rwanda (1994), les guerres au Congo (1996-1999, puis 1998-2003), la guerre en Côte d'Ivoire (2002-2007) puis la crise politique dans ce pays (2010-2011), la guerre en Centrafrique (2004-2007), etc.

En ce qui concerne la sphère professionnelle, ce sont les hommes cette fois-ci qui accèdent plus rapidement que les femmes à un emploi ou un

« petit boulot » qui leur permet d'être indépendants financièrement. Dès la deuxième année après l'arrivée, la moitié des hommes ont un emploi. Pour les femmes, cet accès est plus long (au cours de la quatrième année en médiane) ; cependant il est possible qu'une partie d'entre elles, venues dans le cadre du regroupement familial, puissent compter sur le revenu de leurs conjoints à leur arrivée en France.

Les difficultés d'accès à l'emploi peuvent s'expliquer principalement de deux manières et, tout d'abord, par les restrictions légales qui existent en France envers l'emploi des personnes immigrées. En effet, les détenteurs d'une carte « vie privée, vie familiale » peuvent travailler. Ceux qui demandent un titre de séjour pour des raisons professionnelles sont soumis au contrôle de l'opposabilité de la situation d'emploi : l'administration peut refuser l'autorisation de travailler à un étranger qui demande une autorisation de travail en tant que salarié en France si elle estime que le niveau de chômage est trop important, en se basant sur des données statistiques sur la profession et la zone géographique considérées, ainsi que sur les recherches déjà accomplies par l'employeur pour recruter un candidat déjà présent sur le marché du travail² (Jolly, Lainé et Breem, 2012).

D'autre part, les immigrés font face sur le marché de l'emploi à des phénomènes de discrimination à l'embauche dans un contexte de taux de chômage élevé. Une étude récente menée en Île-de-France montre l'existence de discriminations à l'embauche selon le genre et l'origine envers des personnes ayant toutes pourtant la nationalité française (Petit *et al.*, 2013).

Malgré ces obstacles, on constate chez les hommes une entrée sur le marché du travail relativement rapide. Une part importante accède cependant à l'emploi par le biais de « petits boulots » : 35 % des hommes contre 20 % des femmes. Cette période de petits boulots dure trois et quatre ans, pour les hommes et les femmes respectivement (médiane). Ainsi, s'il est vrai que les hommes accèdent rapidement à l'emploi, pour près d'un tiers d'entre eux c'est par la voie d'un travail très précaire, qui peut s'installer dans le temps puisque cela dure plus de quatre ans pour la moitié d'entre eux.

Une fois les éléments d'installation obtenus, il est relativement peu fréquent que les immigrés les perdent : 16 % des hommes et 11 % des femmes perdent leur premier logement personnel, 3 % des hommes et 2 % des femmes perdent leur premier titre de séjour d'au moins un an et enfin 7 % des hommes et 19 % des femmes perdent leur première activité génératrice d'autonomie. La précarité est donc concentrée dans les premières années en France. Bien que l'installation prenne du temps, les personnes connaissent peu de retours en arrière.

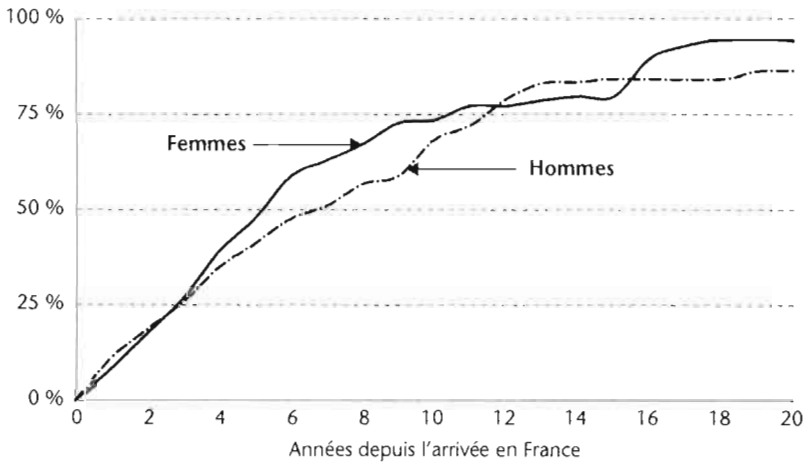
2 Article R5221-20 du Code du travail.

Qu'est-ce qu'une médiane ?

Selon l'Insee, si on ordonne une distribution de salaires, de revenus,... la médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales.

« La médiane d'accès au logement des hommes est de 3 ans » signifie donc : au bout de la troisième année, la moitié des hommes a obtenu un logement, et l'autre moitié ne l'a toujours pas obtenu.

FIGURE 1. Accès aux trois éléments d'installation, selon le nombre d'années passées en France, par sexe



	Hommes	Femmes	P
Médiane (25-75 %)	7 (3,12)	6 (3,11)	n.s.

Champ : hommes et femmes du groupe de référence âgés de 18 ans et plus au moment de la migration et qui ne sont pas étudiants à l'arrivée.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier, p-value du test de log-rank pondéré entre les sexes, et l'analyse sur l'accès aux trois éléments d'installation a été réalisée sur un sous-échantillon après exclusion des étudiants, N = 418.

Lecture : les médianes représentent le rang de l'année de séjour en France. Au cours de la première année en France, 11 % des hommes et 8 % des femmes ont obtenu les trois éléments d'installation.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Si ces chiffres globaux montrent bien que l'arrivée est synonyme de précarité pendant plusieurs années, on peut cependant se demander s'ils ne recouvrent pas en fait des profils très différents. Pour mieux comprendre les facteurs qui sont associés au rythme de l'installation, nous avons étudié

l'effet de caractéristiques individuelles sur la probabilité de s'installer, « toutes choses égales par ailleurs ».

Les résultats montrent que la précarité est un lot partagé par beaucoup : que les personnes interrogées dans l'enquête soient venues ou non dans le cadre du regroupement familial, quels que soient leur âge à l'arrivée, leur région de naissance, leur statut conjugal à l'arrivée, la durée de l'installation ne varie pas. Pour les femmes, le fait d'être venue « tenter sa chance » reste associé à une installation plus rapide (au sens un logement, une activité et un titre de séjour) : ces femmes s'installent plus vite que celles venues pour rejoindre de la famille parce qu'elles cherchent plus rapidement un emploi. Pour les hommes, le fait d'avoir un niveau d'éducation supérieur accélère le rythme de l'installation. Ainsi, malgré la diversité des profils, les immigrés subsahariens interrogés dans l'enquête ont tous une probabilité importante de traverser une longue période de précarité et peu de caractéristiques individuelles apparaissent comme protectrices.

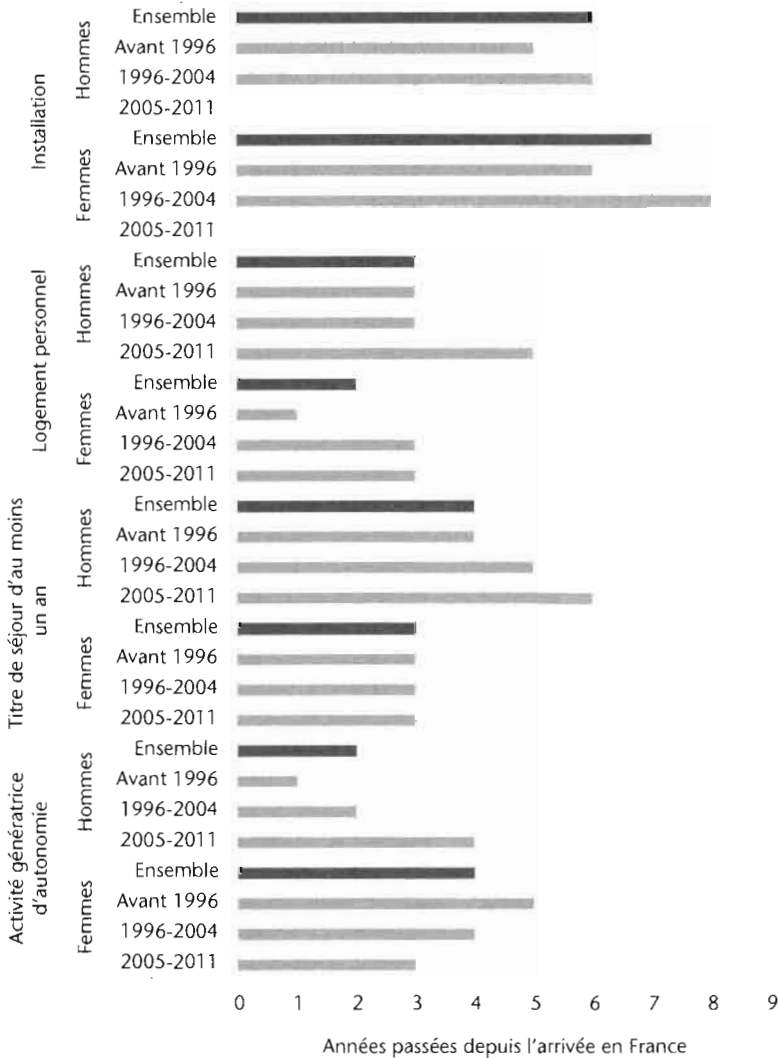
La précarité qu'ils et elles traversent s'explique donc bien plus par le contexte dans lequel se déroule leur arrivée que par leurs profils individuels.

Une installation plus difficile ces dernières années

L'installation a-t-elle toujours été si difficile ? Lorsque l'on regarde les médianes d'installation par période d'arrivée, on fait le constat d'un allongement de la durée d'installation dans les années récentes (figure 2). La période d'arrivée est considérée en trois classes (avant 1996, 1996-2004, 2005-2013) dont les césures (1996 et 2004) correspondent à des vagues de durcissement des politiques migratoires (lois Pasqua à partir de 1993, « EU Family Reunification Directive » en 2003, appliquée à partir de 2005-2006 en France). Ainsi, pour la période 2005-2011, les médianes globales ne sont pas encore disponibles car la moitié des personnes n'a toujours pas accédé aux trois ressources (logement personnel, titre de séjour d'au moins un an, activité qui permet d'être indépendant financièrement). En revanche, on voit qu'il y a un ralentissement de l'accès pour chaque dimension chez les hommes : depuis 2005, cela prend cinq ans en moyenne pour avoir un logement personnel (contre quatre ans avant 1996), six ans pour avoir un premier titre de séjour d'au moins un an (contre trois ans avant 1996) et enfin quatre ans pour avoir une activité génératrice d'autonomie (contre un an avant 1996).

Chez les femmes, l'évolution est assez différente. En effet, si l'accès au logement est plus long dans la période récente (trois ans contre un an avant 1996), l'accès à l'activité est, lui, plus rapide (trois ans contre cinq ans avant 1996) et l'accès au premier titre de séjour d'au moins un an

FIGURE 2. Les médianes d'installation en nombre d'années passées en France, selon la période d'arrivée des immigrés, par sexe



Champ : personnes du groupe de référence arrivées à 18 ans et plus.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier et l'analyse sur l'accès aux trois éléments d'installation a été réalisée sur un sous-échantillon pour exclure les étudiants, N = 418. La médiane sur les trois éléments d'installation ne peut être calculée pour la dernière période car la moitié des immigrés arrivés entre 2005 et 2011 n'a pas encore eu accès aux trois éléments d'installation.

Lecture : parmi les hommes arrivés entre 2005 et 2011, la moitié a eu accès à un titre de séjour d'au moins un an durant la sixième année en France.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

reste inchangé (médiane trois ans). Cet accès plus rapide à l'activité des femmes par rapport à leurs aînées en migration reflète la part de plus en plus importante de femmes venues de manière autonome et non plus dans le cadre du regroupement familial.

Hommes et femmes : de modes d'installation différenciés à une convergence des profils ?

Des schémas d'installation différenciés

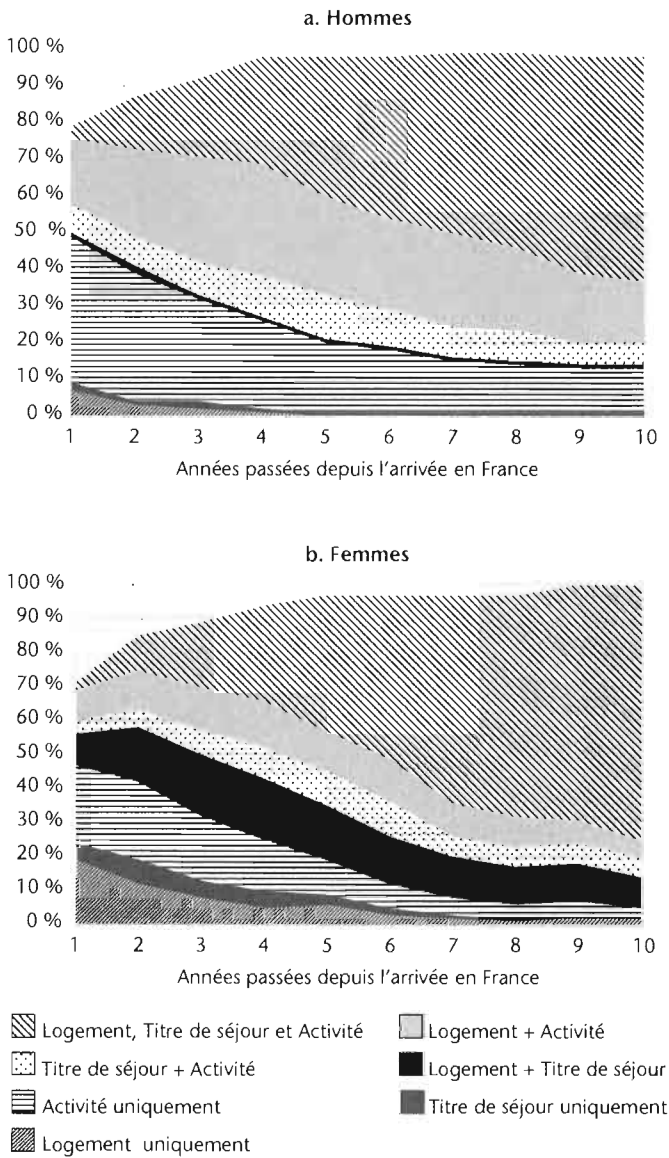
Bien que le processus d'installation dans son ensemble dure à peu près le même nombre d'années pour les hommes et pour les femmes (six ans pour les femmes et sept ans pour les hommes en médiane), le détail de l'accès aux trois ressources montre que la séquence d'installation diffère quelque peu puisque les femmes semblent avoir d'abord accès au logement personnel alors que chez les hommes c'est l'accès à l'emploi qui vient en premier.

La figure 3 montre, durant les dix premières années en France, la part des hommes et des femmes qui se trouvent dans les différentes situations (accès à un, deux ou trois éléments d'installation). Les différences entre hommes et femmes sont manifestes. Une part importante d'hommes entame le processus d'installation par une longue période au cours de laquelle ils travaillent et sont financièrement indépendants, mais n'ont ni logement personnel ni titre de séjour d'au moins un an, ce qui confirme l'idée qu'en France une main-d'œuvre en situation irrégulière est employée dans certains secteurs de l'économie (Terray, 1999), phénomène qu'ont rendu visible les différents mouvements de travailleurs sans papiers en France dans les années 2000. Ces personnes peuvent rester longtemps avec seulement une activité, ou bien une activité et un logement, sans avoir de papiers en règle.

Vers une convergence des profils ? L'évolution des profils des immigrés et des immigrées au cours du temps

Cette situation est moins fréquente chez les femmes, mais elle existe cependant. Ces chronogrammes montrent en effet la diversité des trajectoires d'installation, chez les femmes en particulier. Certaines ont au départ seulement un logement, ce qui pourrait correspondre aux femmes venues dans le cadre du regroupement familial. Cependant, une proportion

FIGURE 3. Proportion d'immigrés qui ont obtenu un, deux ou trois éléments d'installation selon le nombre d'années passées en France, par sexe



Champ : personnes du groupe de référence arrivées à 18 ans et à l'exception des étudiants N = 418.

Lecture : parmi les hommes (graphique du haut), lors de la première année en France, environ 10 % avaient un titre de séjour d'au moins un an et un emploi.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

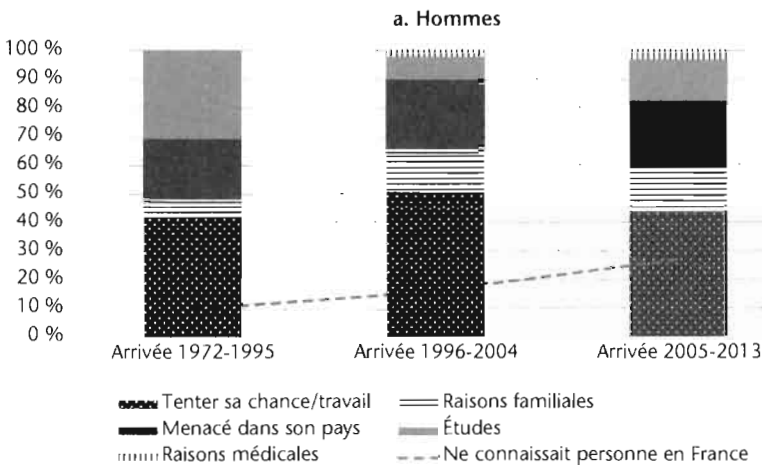
équivalente entame son processus d'installation en France avec une activité qui leur donne une autonomie financière, comme la majorité des hommes, et cela pourrait correspondre à une migration de travail. Au total, une grande majorité des femmes ont une activité qui leur permet d'être indépendantes financièrement après la septième année, quelle que soit leur raison de migration en France. Ainsi, s'il semble que la séquence d'installation « classique » chez les hommes soit de commencer par le travail, les trajectoires semblent plus diverses chez les femmes.

Si le contexte en France a changé au cours du temps, il en est de même pour les flux d'immigration vers la France. La comparaison des profils des immigrés selon la période d'arrivée permet de saisir cette dynamique (figure 4).

Chez les hommes, le profil des personnes qui arrivent en France évolue dans les années 2000 : la proportion d'hommes venant faire des études diminue globalement, tandis qu'augmente la proportion de ceux qui rejoignent leur famille. De plus, chez les hommes venus dans les années 2000, on ne compte que 19 % de personnes ayant atteint un niveau d'études supérieur, alors qu'ils représentent 32 % de ceux arrivés avant 1996. Chez les femmes, la tendance est inverse, avec une augmentation de la part des femmes venues pour faire des études et une diminution de la part de celles venues pour rejoindre leur famille (figure 4). Cela confirme les résultats d'études précédentes qui ont pointé les changements à l'œuvre dans la motivation des migrations de femmes subsahariennes. Les résultats de l'enquête Trajectoires et Origines ont en particulier montré l'augmentation de la proportion de migrantes qui arrivent célibataires ou « pionnières », c'est-à-dire en laissant un conjoint au pays, et la convergence progressive des profils migratoires masculins et féminins, notamment parmi les Subsahariens (Beauchemin, Borrel et Régnard, 2015).

Notre étude étant rétrospective, nous ne pouvons décrire les raisons de la migration que chez les personnes qui sont restées en France jusqu'à l'enquête. Nos observations ne tiennent donc pas compte de ceux qui sont repartis, et il est possible par exemple que les moins instruits aient eu plus de mal à s'installer en France et soient plus souvent retournés dans leur pays d'origine, ce qui conduirait à surestimer la part des hommes instruits dans les arrivées les plus anciennes. Cependant, si ce « biais de sélection » existe, il touche de façon similaire les hommes et les femmes, et ne remet donc pas en cause ce constat global d'une convergence progressive des profils des hommes et des femmes immigrés d'Afrique subsaharienne, du fait de l'augmentation de la part d'hommes venus pour rejoindre leur famille et de la baisse de la part de femmes venues pour ces mêmes raisons dans la dernière décennie.

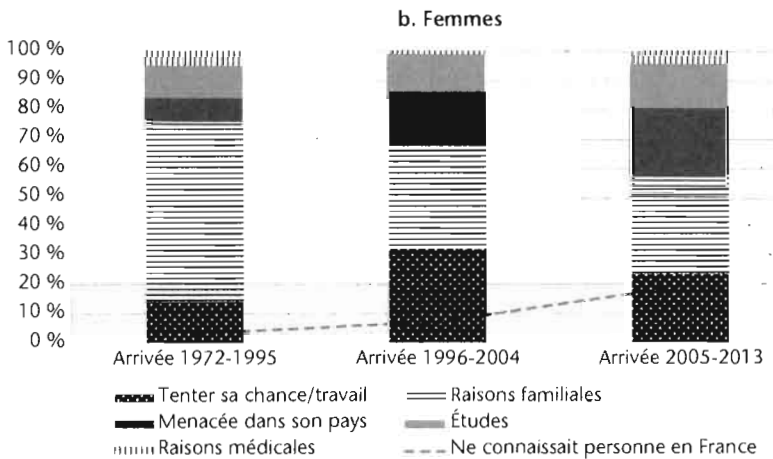
FIGURE 4. Évolution des raisons de la migration et du réseau à l'arrivée en France depuis 1972 jusqu'à nos jours, par sexe



Champ : hommes du groupe de référence âgés de 18 ans ou plus au moment de l'arrivée en France.

Lecture : parmi les hommes interrogés dans le groupe de référence arrivés avant 1996, 41 % avaient un niveau d'études secondaire.

Source : enquête ANRS-Parcours 2012-2013.



Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 ans ou plus au moment de l'arrivée en France.

Lecture : parmi les femmes interrogées dans le groupe de référence arrivées avant 1996, 18 % avaient un niveau d'études secondaire.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Il faut souligner cependant une tendance nouvelle, particulièrement forte depuis les années 2000 : l'augmentation importante de la proportion de femmes venues en France parce qu'elles ont fui leur pays (figure 4). Elles représentent 8 % de celles arrivées avant 1996 et presque un quart des femmes (23 %) arrivées après 2005. L'évolution est nette, et peut être mise en regard de l'augmentation de la part de femmes qui déclarent ne connaître personne en France à leur arrivée (19 % pour la période 2005-2013). Ainsi, les femmes arrivées récemment en France se trouvent dans des conditions plus difficiles.

Les étudiants, une voie d'installation particulière

Les personnes interrogées dans l'enquête Parcours ayant effectivement suivi des études supérieures en France, c'est-à-dire les personnes pour qui la première activité est une année d'études, au-delà de la raison de migration exprimée, comptent pour 16 % des hommes et 24 % des femmes.

Pour la moitié, les études ont duré au moins quatre ans après l'arrivée en France, et les hommes comme les femmes ont eu accès à une activité génératrice d'autonomie au bout de la cinquième année en France. Si l'insertion sur le marché de l'emploi après les études semble bonne, il faut cependant signaler que le fait de ne pas avoir d'activité génératrice de revenus pendant ces études peut aussi être synonyme de précarité.

Parallèlement, les étudiants ont un accès plus rapide au logement que les autres immigrés (au cours de la deuxième année pour les hommes et de la première pour les femmes), peut-être en raison d'un accès aux logements étudiants. L'accès au titre de séjour d'au moins un an est également très rapide (première année pour les deux sexes), et correspond au titre de séjour étudiant. Autre donnée remarquable : les médianes d'accès aux différentes ressources sont quasi identiques pour les hommes et les femmes. Ainsi, les études supérieures constituent une voie d'installation plus rapide en France, pour les hommes comme pour les femmes.

Conclusion

Les pays d'origine, les conditions du départ avec un poids croissant des conflits, les mutations économiques et sociologiques en Afrique subsaharienne transforment les profils des hommes et des femmes qui immigreront en France. Comme les hommes, les femmes immigreront de plus en plus pour travailler et changer de vie, avec une dotation scolaire plus forte. Les immigrés arrivent dans un pays qui lui aussi connaît des changements et fait face à des crises durables sur le front de l'emploi et du logement. Ainsi, tandis

que les profils évoluent, les difficultés d'installation perdurent, voire s'accroissent. En effet, nos résultats montrent d'une part qu'une longue période de précarité (de six à sept ans en médiane) est le lot commun de tous les immigrés subsahariens à l'arrivée en France et que, d'autre part, cette période de précarité tend à s'allonger dans la période récente, en raison notamment d'un contexte défavorable en termes d'accès à l'emploi et au titre de séjour.

Les femmes qui arrivent d'Afrique subsaharienne depuis une dizaine d'années méritent par ailleurs une attention accrue, car elles arrivent de plus en plus souvent seules, pour fuir leur pays, ce qui les place dans une situation plus vulnérable que celles qui arrivent dans un projet familial ou professionnel.

Bibliographie

- BEAUCHEMIN C., BORREL C., RÉGNARD C., 2015, « Hommes et femmes en migration : vers un rapprochement des profils et des trajectoires », in C. BEAUCHEMIN, C. HAMEL et P. SIMON (dir.), *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris.
- BEAUCHEMIN C., LESSAULT D., 2014, « Les statistiques des migrations africaines : ni exode ni invasion. », *e-migrinter*, 12.
- BERNARDOT M., 2008, *Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006*, Éditions du Croquant, Broissieux (collection Terra).
- BLOCK L., BONJOUR S., 2013, « Fortress Europe or Europe of Rights ? The europeanisation of family migration policies in France, Germany and the Netherlands », *European Journal of Migration and Law*, 15, 2, p. 203-224.
- BLUM LE COAT J.-Y., EBERHARD M., 2014, « Législations et politiques migratoires en France », in *Les Immigrés en France*, La Documentation française, Paris (Les études).
- FONDATION ABBÉ PIERRE, 2015, « L'état du mal-logement en Île-de-France. Un éclairage régional ».
- GUYAVARCH E., MÉNER E. L., 2014, « Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir », *Politiques sociales et familiales*, 115, 1, p. 80-86.
- INSEE, 2012a, « Immigrés et descendants d'immigrés en France. Conditions de vie », Insee Références.
- INSEE, 2012b, « Immigrés et descendants d'immigrés en France. Situation sur le marché du travail », Insee Références.
- JOLLY C., LAINÉ F., BREEM Y., 2012, « L'emploi et les métiers des immigrés. Document de travail ».
- OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, 2014, « Rapport d'enquête ENFAMS. Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France ».
- PETIT P., DUGUET E., L'HORTY Y., PARQUET L. DU, SARI F., 2013, « Discrimination à l'embauche : les effets du genre et de l'origine

se cumulent-ils systématiquement ? », *Économie et statistique*, 464, 1, p. 141-153.

TERRAY E., 1999, « Le travail des étrangers en situation irrégulière ou la délocalisation sur place », in É. BALIBAR, M. CHEMILLIER-GENDREAU, J. COSTA-LASCOUX, E. TERRAY (dir.), *Sans-papiers : l'archaïsme fatal*, Éditions La Découverte et Syros, Paris.

VICKSTROM E., 2014, « Pathways into irregular status among Senegalese migrants in Europe », *International Migration Review*, 48, 4, p. 1062-1099.

Trajectoires et mobilités professionnelles autour de la migration¹

Margot Annequin, Anne Gosselin, Rosemary Dray-Spira

L'intégration économique des immigrés dans les pays d'accueil occidentaux est un enjeu économique pour les sociétés d'accueil, mais également pour les personnes concernées. L'accès à l'emploi reste un facteur majeur de l'intégration économique et sociale des individus, en leur assurant les moyens de subvenir à leurs besoins, par le biais des revenus financiers. Il procure aussi un statut social, une place dans la société et donne l'accès à un nombre important de droits et de protections.

Cependant, en France, la situation défavorable sur le marché du travail des populations immigrées est un phénomène connu, le surchômage et un déficit d'emploi sont les caractéristiques majeures de cette situation. C'est notamment le cas pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne ; dans l'enquête TeO (Trajectoires et Origines), le chômage touchait 15 % des hommes et 21 % des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne contre 8 % et 9 % respectivement dans la population majoritaire (Brinbaum, Meurs et Primon, 2016). Cette situation ne s'explique cependant pas uniquement par un déficit de compétences professionnelles car la population immigrée originaire d'Afrique subsaharienne est une population diversifiée au niveau des origines sociales. Les immigrés d'Afrique subsaharienne font d'ailleurs partie des groupes d'immigrés qui arrivent en France plus diplômés en moyenne que les autres groupes d'immigrés (Ichou et Goujon, 2017 ; Moguérou, Brin-

1 Ce chapitre est issu en partie de la thèse de Margot Annequin, « Situation d'emploi des personnes vivant avec le VIH en France au cours des années 2000 : rôles de l'évolution de la prise en charge et du contexte socioéconomique général », soutenue le 13 décembre 2016 à Paris.

baum et Primon, 2010). Ainsi, il est probable que le processus migratoire (contexte de départ et de réception) joue un rôle sur les trajectoires professionnelles, indépendamment du niveau de qualification des individus.

Ce chapitre vise à étudier comment la migration entre l'Afrique subsaharienne et la France (re)configure les situations professionnelles, autrement dit, ce chapitre a pour objectif de décrire les changements de situations professionnelles au cours de la migration et à répondre aux questions suivantes : quelles étaient les professions exercées avant la migration et quelles sont celles exercées en France ? Les personnes immigrées retrouvent-elles des professions similaires à celles exercées avant la migration ? Comment les individus qui ne travaillaient pas avant la migration s'insèrent-ils sur le marché du travail français ?

En France, il existe peu de données détaillées sur la situation professionnelle et sociale des immigrés avant la migration. De plus, dans les enquêtes en population générale, les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne sont peu représentés du fait de leur proportion faible dans la population totale française. L'originalité de cette étude tient aux données de l'enquête *Parcours* qui permettent de retracer l'histoire des activités professionnelles des individus tout au long de leur vie et offre l'opportunité d'étudier les trajectoires et mobilités professionnelles des immigrés subsahariens en France au regard de la situation professionnelle prémigratoire.

Dans la première partie de ce chapitre, nous nous focaliserons sur les personnes qui étaient en emploi avant la migration et nous analyserons leurs trajectoires et leurs mobilités professionnelles. La deuxième partie s'intéresse aux trajectoires professionnelles des personnes qui étaient sans emploi ou dans des « petits boulots » avant la migration. Les analyses sont restreintes aux individus du groupe de référence de l'enquête *Parcours*, âgés de 18 ans ou plus un an avant la migration. Du fait des logiques différentes d'insertion professionnelle selon le sexe, les analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes.

Actifs au pays : diversité de l'emploi avant la migration, concentration de l'emploi en France

Toutes les activités professionnelles exercées au cours de la vie par les individus ont été classées selon la nomenclature internationale CITP-2008 (Classification internationale type de professions)². L'indice ISEI-08 (Indice

2 Cette nomenclature s'intéresse aux tâches accomplies dans l'exercice d'une profession, les niveaux de regroupement étant fonction des compétences requises pour le poste de

ENCADRÉ. Indice ISEI et catégorisation des professions

L'indice ISEI, qui se présente sous une forme continue (de 10 à 90) donne une valeur à toutes les professions de la nomenclature CITP afin de les classer. Cet indice a été construit à partir des données de l'ISSP [International Social Survey Programme] qui comprend 198 500 hommes et femmes de quarante et un pays avec des données sur le niveau d'éducation, la profession et les revenus (Ganzeboom, 2010 ; Ganzeboom *et al.*, 1992).

Il a été calculé sur la base d'une hiérarchisation optimale des groupes de professions afin de maximiser l'effet indirect du niveau d'éducation sur les revenus par l'intermédiaire de la profession et de minimiser l'effet direct du niveau de formation sur les revenus, abstraction faite de la profession. Autrement dit, pour ces auteurs, c'est par la profession que le niveau d'éducation est le plus lié à leur revenu : les professions étant une sorte de « moteur » qui convertirait l'éducation en revenu (Ganzeboom, 2010 ; Ganzeboom *et al.*, 1992).

Dans l'enquête Parcours, chaque profession a été catégorisée dans trois groupes de statuts socioéconomiques. Par simplicité de langage, nous parlerons par la suite de qualifications, plutôt que de statut socioéconomique des professions, même si ces deux notions ne se recoupent pas entièrement. Les professions faiblement qualifiées incluent les professions ayant un indice ISEI compris entre 11.01 et 25.04, celles avec des qualifications intermédiaires entre 25.2 et 30.9 et les professions à qualifications élevées ayant un indice ISEI compris entre 31.08 et 88.7.

Sans seuil prédéfini des catégories de qualification et du fait de la difficulté des comparaisons internationales à ce sujet, il a été choisi d'opter pour une définition relative des catégories de qualifications à notre population d'étude. En effet, il semblait qu'appliquer des seuils correspondant à une distribution des professions et de l'indice ISEI dans les pays du Nord n'était pas satisfaisant. C'est donc à partir de la distribution en tertiles de l'indice ISEI au sein de la population d'étude Parcours un an avant la migration que nous avons défini les différentes catégories de qualifications. Autrement dit, les seuils présentés ci-dessus découpent la population en trois groupes égaux en proportion.

socioéconomique international de statut professionnel) donne, quant à lui, une valeur à toutes les professions de la nomenclature CITP afin de les classer. Les professions ont pu ainsi être catégorisées en trois niveaux de qualifications : faible, intermédiaire et élevée (voir encadré).

travail (Brousse, 2008). En anglais : ISCO-2008 [International Standard Classification of Occupations].

La situation professionnelle et ses changements autour de la migration sont caractérisés dans ce chapitre à la fois par la situation sur le marché du travail (être en emploi, effectuer des « petits boulots »³, être inactif ou étudiant) et par les niveaux de qualification des professions exercées par les personnes en emploi.

Pour décrire la situation professionnelle en France, nous examinons l'évolution de cette situation au cours des six premières années en France, période dite d'installation (*cf.* chapitre 1) (Gosselin *et al.*, 2016), à l'issue de laquelle la situation est stabilisée pour la majorité d'entre eux.

Avant la migration : des individus majoritairement en emploi

Un an avant la migration (figure 1), parmi les personnes enquêtées âgées de 18 ans ou plus, hommes et femmes étaient majoritairement en emploi (61 % et 56 % respectivement) et les « petits boulots » concernaient 6 % des hommes et 3 % des femmes. La poursuite des études concernait 21 % des hommes et 17 % des femmes. Celles-ci étaient plus souvent inactives que les hommes, une femme sur quatre (25 %), contre un peu plus d'un homme sur dix (12 %).

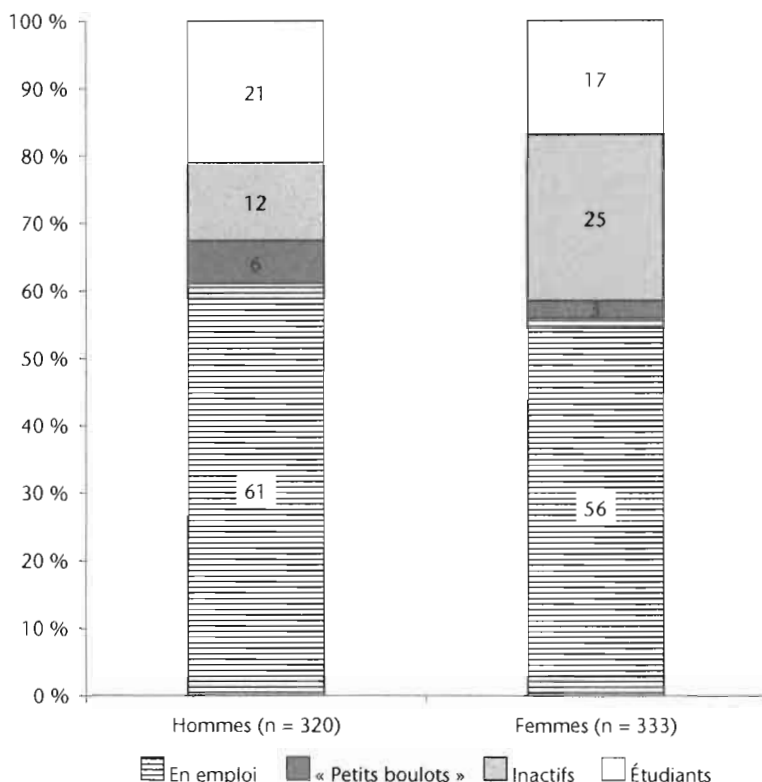
Au regard des qualifications des professions, avant la migration, 27 % des hommes et 34 % des femmes occupaient des professions à qualifications élevées, 39 % et 38 % à qualifications intermédiaires respectivement, et 34 % des hommes et 29 % des femmes occupaient des professions faiblement qualifiées.

Par rapport à l'étude ELIPA [Enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants], menée par le ministère de l'Intérieur en France sur les primo-arrivants obtenant un titre de séjour, et qui collecte l'information sur l'emploi avant la migration, le niveau d'emploi avant la migration est le même chez les hommes, et il est plus élevé chez les femmes de notre échantillon par rapport aux femmes immigrées (toutes origines confondues) de l'enquête ELIPA, qui étaient, elles, 43 % en emploi (DSED, 2014).

Globalement, avant la migration, hommes et femmes de l'enquête Parcours sont donc majoritairement en emploi, et ce, dans des professions distribuées sur toute l'étendue de l'échelle sociale. Les individus qui migrent en France ne sont pas uniquement des individus sans qualification, environ un tiers des hommes et des femmes occupaient des professions à qualifications élevées avant la migration. Cette situation reflète en partie

3 On distingue le fait d'être en emploi, qui renvoie à un emploi stable, des périodes dites de « petits boulots », pendant lesquelles les individus ont changé fréquemment d'activité durant l'année.

FIGURE 1. Situation professionnelle selon le sexe, un an avant la migration des personnes âgées de 18 ans ou plus – groupe de référence



Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus un an avant la migration.

Lecture : un an avant la migration, 61 % des hommes étaient en emploi et 17 % des femmes étaient étudiantes.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

l'évolution des courants migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne vers la France. Si les premières vagues de migration en provenance d'Afrique subsaharienne étaient majoritairement originaires de la région du Sahel, et étaient caractérisées par une émigration de travailleurs seuls, peu qualifiés – qui par la suite a alimenté une émigration familiale (Triandafyllidou et Gropas, 2008) –, les vagues d'immigration plus récentes en provenance d'Afrique subsaharienne, et notamment d'Afrique centrale et du golfe de Guinée, sont caractérisées par des migrants issus de « familles aisées qui ont pu financer une migration de longue distance pour poursuivre leurs études en France et/ou fuir des pays instables » (Beauchemin, Lhommeau et Simon, 2016).

*Un accès important à l'emploi en France,
mais dans les secteurs peu qualifiés*

Les chronogrammes présentés dans les figures 2.a et 2.b montrent la temporalité de l'insertion sur le marché du travail français des hommes et des femmes qui étaient en emploi un an avant la migration. La migration introduit une rupture importante dans les trajectoires professionnelles, de façon évidente sur les niveaux d'emploi, mais également sur les statuts professionnels.

L'année de l'arrivée, le taux d'emploi chute, seulement un peu plus d'un tiers des hommes (37 %) sont en emploi et les femmes ne sont plus qu'un quart en emploi (25 %). Au niveau des professions exercées, alors qu'un an avant la migration ils étaient 27 % parmi les hommes à exercer des professions à qualifications élevées, en France ils ne sont plus que 10 % à l'arrivée, proportion qui atteint 16 % six ans plus tard. Les professions faiblement qualifiées sont occupées par 56 % des hommes après six ans en France, proportion qui était de 34 % un an avant la migration.

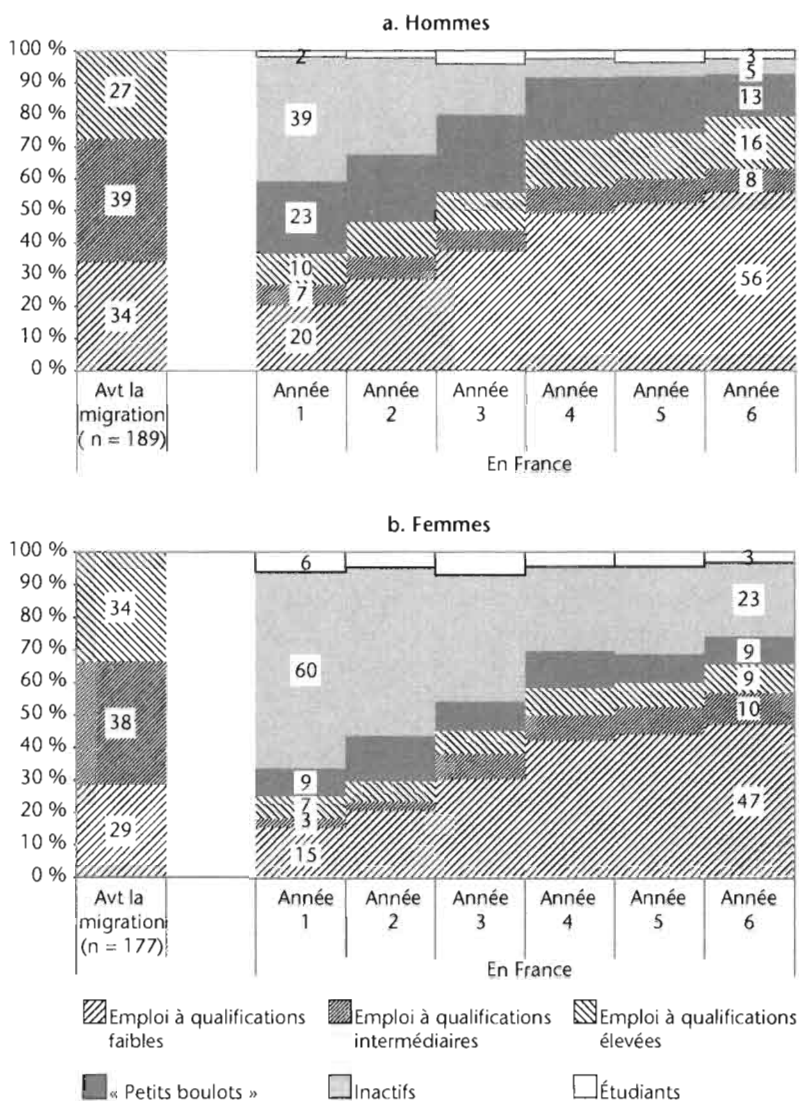
Parmi les femmes, la même tendance s'observe, mais de façon plus accentuée que chez les hommes. Elles étaient 34 % à exercer des professions à qualifications élevées avant la migration, à l'arrivée elles ne sont plus que 7 % et cette proportion ne s'élève qu'à 9 % au bout de six ans. Six ans après l'arrivée en France, les femmes sont majoritairement employées dans les professions faiblement qualifiées, soit 47 % d'entre elles, alors qu'elles n'étaient que 29 % à exercer ce type de professions avant de migrer.

Les premières années en France sont donc caractérisées par des taux d'inactivité élevés (39 % parmi les hommes et 60 % parmi les femmes à l'arrivée), mais qui diminuent avec la durée de séjour en France. Ainsi, six ans après l'arrivée, 8 hommes sur 10 environ et 7 femmes sur 10 ont retrouvé un emploi. La part des personnes interrogées (parmi ceux qui travaillaient avant la migration) qui commencent des études ou des formations est très faible, voire inexistante. Les périodes de « petits boulots », caractéristiques des premières années en France, se réduisent également au cours du temps.

Un déclassement professionnel important

Si les taux d'emploi sont relativement élevés après quelques années en France, la distribution des professions selon le niveau de qualification montre un décalage important entre le pays d'origine et la France. Ces dernières années ont vu l'émergence d'une littérature s'intéressant à la mobilité professionnelle des immigrés, et notamment au phénomène de déclassement professionnel parmi les populations migrantes des pays occidentaux (Akresh, 2008 ; Chiswick, Lee et Miller, 2005). Ce phénomène,

FIGURE 2. Chronogrammes de l'insertion professionnelle sur le marché du travail français des hommes et des femmes qui étaient en emploi avant la migration



Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus et en emploi un an avant la migration.

Lecture : un an avant la migration parmi les hommes en emploi, 27 % des hommes étaient en emploi dans des professions à qualifications élevées. Six ans après l'arrivée, ils sont 16 % à exercer une profession à qualifications élevées.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 1. Distribution des mobilités professionnelles par sexe, parmi les personnes en emploi avant la migration et en emploi six ans après l'arrivée

	Homme (n = 88)	Femme (n = 66)	Ensemble (n = 154)
	%	% <i>p</i>	%
Déclassement	47	53 n.s.	51
Stabilité	44	38	40
Ascension	9	9	9
Total	100	100	100

Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus, en emploi un an avant la migration et exerçant un emploi six ans après l'arrivée.

Lecture : 47 % des hommes et 53 % des femmes qui étaient en emploi avant la migration et qui ont retrouvé un emploi six ans après l'arrivée sont en situation de déclassement professionnel.

Note : on parle de déclassement professionnel quand les individus occupent en France une profession moins qualifiée que celles qu'ils occupaient avant de partir.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

appelé aussi « *brain waste*⁴ », « *occupational downgrading* » ou « *educational mismatch* », examine la sous-utilisation des compétences professionnelles des immigrés dans les pays d'accueil occidentaux. Dans le contexte nord-américain, il a été montré que l'insertion professionnelle des immigrés avec un niveau élevé de qualification variait considérablement selon le pays d'origine, les immigrés d'Amérique latine ou d'Europe centrale se trouvant plus souvent dans des métiers non qualifiés que les immigrés en provenance d'Asie ou d'autres pays industrialisés (Mattoo, Neagu et Özden, 2008).

Pour étudier ce phénomène au sein de l'enquête Parcours, nous avons choisi de comparer, pour chaque individu, le niveau de qualification de la profession exercée en France six ans après l'arrivée à celui de l'emploi exercé avant la migration. Six ans après l'arrivée (voir tableau 1), la moitié (51 %) des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne de l'enquête Parcours sont en situation de déclassement professionnel, c'est-à-dire qu'ils occupent une profession moins qualifiée que la profession exercée avant la migration. Ils sont 40 % à avoir maintenu une position stable en termes de qualification, et un peu moins d'un sur dix a connu une mobilité professionnelle ascendante.

4 Ce terme fait référence à un autre phénomène, celui du *brain drain* ou « fuite des cerveaux » en français, caractérisé par la migration des personnes dotées d'un niveau élevé de capital humain, qui serait préjudiciable au pays d'émigration.

Si la diversité des indicateurs et des définitions de ce phénomène de déclassement empêche toute comparaison formelle (Robin, 2012), ce résultat est retrouvé dans d'autres études en France ou en Europe. À partir des données de l'enquête ELIPA, une étude qui s'intéressait à l'inadéquation entre niveau d'étude et professions exercées met en évidence que 37 % des immigrés en France occupent des professions pour lesquelles ils sont surqualifiés (Charpin, 2014). L'exploitation des données de l'enquête MAFE trouve que les Congolais en Belgique sont environ 29 % à connaître une mobilité professionnelle descendante (Vause, 2011).

Une concentration dans le secteur secondaire du marché du travail

Cette proportion importante de déclassement invite à étudier dans le détail les professions exercées par les individus dans leurs pays d'origine et en France. Parmi les personnes en emploi avant la migration et qui sont toujours en emploi six ans après l'arrivée, on observe chez les hommes comme chez les femmes une forte concentration de l'emploi en France dans quelques professions (tableau 2). Les hommes sont employés dans le secteur du nettoyage, du bâtiment et de la restauration, les femmes quant à elles sont concentrées dans les emplois de ménage et de services à la personne (garde d'enfants et aide à domicile).

Parmi les hommes, trois professions concentrent 47 % des emplois. Ils sont un quart à être employés comme « aides de ménage ou agent d'entretien » en France, 12 % sont en emploi en tant qu'« assistant de fabrication et de l'alimentation », qui regroupent les professions de commis de cuisine ou plongeurs, et 9 % sont en emploi en tant que « manœuvres des mines, du bâtiment et des travaux publics ». Les « commerçants et vendeurs », premier métier occupé avant la migration (16 %), ne représentent que 2 % des professions occupées en France.

Parmi les femmes, trois professions concentrent 70 % des emplois féminins, les « aides de ménage et agents d'entretien », les « aides-soignantes et assimilés » et les « gardes d'enfants ». Les « aides de ménage » représentent un peu plus d'un tiers (39 %) des femmes en emploi six ans après l'arrivée. Elles sont une sur cinq à exercer le métier d'« aide-soignante et assimilés » et les métiers qui ont pour tâche la garde d'enfant représentent 10 % des emplois féminins en France, parmi les femmes de l'enquête Parcours.

Cette concentration des professions dans les pays d'accueil est retrouvée dans la littérature sur l'insertion professionnelle des immigrés. En France, si pour les vagues d'immigration plus anciennes (Maghrébins, Espagnols et Italiens) les professions se diversifient, l'immigration africaine est très concentrée dans les métiers du nettoyage et de la sécurité pour les hommes, et, pour les femmes, dans les services à la personne (Jolly, Lainé et Breem, 2012).

Tableau 2. Les dix métiers les plus représentés avant la migration
et six ans après l'arrivée en France, parmi les hommes et les femmes

Professions exercées avant la migration					
Hommes (n = 189)	%	% cumulé	Femmes (n = 177)	%	% cumulé
Commerçants et vendeurs, magasins	16	16	Commerçants et vendeurs, magasins	22	22
Aides de ménage et agents d'entretien à domicile	9	25	Vendeurs ambulants (à l'exception de l'alimentation)	10	32
Agriculteurs, subsistance	8	33	Aides de ménage et agents d'entretien à domicile	8	40
Métiers qualifiés du bâtiment (gros œuvre) et assimilés	7	40	Secrétaires (fonctions générales)	8	48
Conducteurs de poids lourds et d'autobus	4	44	Travailleurs des petits métiers des rues et assimilés	6	54
Travailleurs des petits métiers des rues et assimilés	4	48	Métiers qualifiés de l'habillement et assimilés	5	59
Mécaniciens et réparateurs de machines	4	52	Agriculteurs, subsistance	5	64
Conducteurs d'automobiles, de camionnettes et de motocycles	3	55	Coiffeurs, esthéticiens et assimilés	3	67
Professeurs, enseignement secondaire	3	58	Instituteurs, enseignement primaire et éducateurs de la petite enfance	3	70
Vendeurs ambulants (à l'exception de l'alimentation)	3	61	Directeurs et gérants, hôtellerie et restauration	3	73
Professions exercées en France, six ans après l'arrivée					
Hommes (n = 88)	%	% cumulé	Femmes (n = 66)	%	% cumulé
Aides de ménage et agents d'entretien à domicile	26	26	Aides de ménage et agents d'entretien à domicile	39	39
Assistants de fabrication de l'alimentation	12	38	Aides-soignants	21	60
Manœuvres des mines, du bâtiment et des travaux publics	9	47	Gardes d'enfants et aides-enseignants	10	70
Personnel des services de protection et de sécurité	9	56	Caissiers et billettistes	6	76

Manœuvres des transports et de l'entreposage	5	61	Coiffeurs, esthéticiens et assimilés	5	81
Artistes créateurs et exécutants	4	65	Autre personnel des services directs aux particuliers	4	85
Mécaniciens et réparateurs de machines	4	69	Assistants de fabrication de l'alimentation	3	88
Métiers qualifiés du bâtiment (gros œuvre) et assimilés	3	71	Employés de bureau, fonctions générales	2	90
Métiers qualifiés du bâtiment (finitions) et assimilés	3	75	Employés chargés d'informer la clientèle	2	92
Manœuvres des industries manufacturières	2	77	Éboueurs	2	94

Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus, en emploi un an avant la migration (partie supérieure du tableau) et en emploi six ans après l'arrivée en France (partie inférieure du tableau).

Lecture : un an avant la migration, parmi les hommes qui étaient en emploi, 16 % étaient dans la catégorie « commerçants et vendeurs, magasins ». Six ans après l'arrivée, parmi les hommes qui étaient en emploi avant la migration et qui ont retrouvé un emploi en France, 26 % étaient « Aides de ménage et agents d'entretien à domicile ».

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

La baisse de l'emploi industriel couplée à l'externalisation des emplois vers le secteur des services, le vieillissement de la population d'une part et l'augmentation de l'activité féminine d'autre part, ont eu pour conséquence une augmentation importante de la demande de main-d'œuvre dans les emplois peu qualifiés des services à la personne (aides à domicile, aides ménagères et assistantes maternelles). Les femmes et les hommes immigrés y sont surreprésentés dans les enquêtes en population générale : on compte notamment un tiers d'immigrés parmi les employés de maison et près de 29 % parmi les agents de gardiennage (*Dares Analyses*, 2012). Pour caractériser la spécialisation des femmes immigrées dans les pays d'accueil dans les métiers de l'aide à la personne, certains chercheurs parlent de phénomène de *care drain* en contre-pied au phénomène de *brain drain*. Avec l'incorporation des femmes natives sur le marché du travail, il est apparu un besoin de main-d'œuvre pour les services du *care*, délaissés par les femmes actives, créant une niche d'emploi pour les immigrées (Bettio, Simonazzi et Villa, 2006 ; Farré, González et Ortega, 2011).

Ces résultats semblent donc s'inscrire dans la lignée de la littérature internationale mettant en évidence une assimilation segmentée des immigrés (Piore, 1979). Selon cette théorie, les marchés du travail des pays occidentaux sont divisés en deux secteurs, les immigrés étant restreints en majorité au secteur secondaire du marché du travail, caractérisé par des emplois instables, peu qualifiés et peu rémunérés. Les études se basant sur cette théorie montrent que le déclassement professionnel des immigrés n'est alors pas transitoire, mais permanent. Les immigrés ne regagnent pas le statut professionnel d'avant la migration, étant cantonnés au secteur secondaire du marché du travail. Des analyses en Espagne (Fernández-Macías *et al.*, 2015 ; Simón, Ramos et Sanromá, 2014), en Autriche (Fassmann, 1997) et dans différents pays européens (Castagnone *et al.*, 2013 ; Kogan, 2006) ont mis en évidence ce dualisme.

Ainsi les enquêtés de l'étude *Parcours* qui étaient en emploi avant de migrer sont, en France, majoritairement en emploi dans le secteur secondaire du marché du travail, caractérisé par des emplois peu qualifiés, alors qu'ils sont arrivés qualifiés et diplômés.

***Inactifs au pays : actifs en France
mais dans des professions peu qualifiées,
sauf pour les étudiants***

Pour les personnes qui étaient inactives avant la migration ou qui occupaient des « petits boulots », nous avons étudié les dynamiques d'insertion sur le marché du travail français.

*Une insertion sur le marché du travail français
comparable à celle des personnes qui étaient en emploi
avant de migrer*

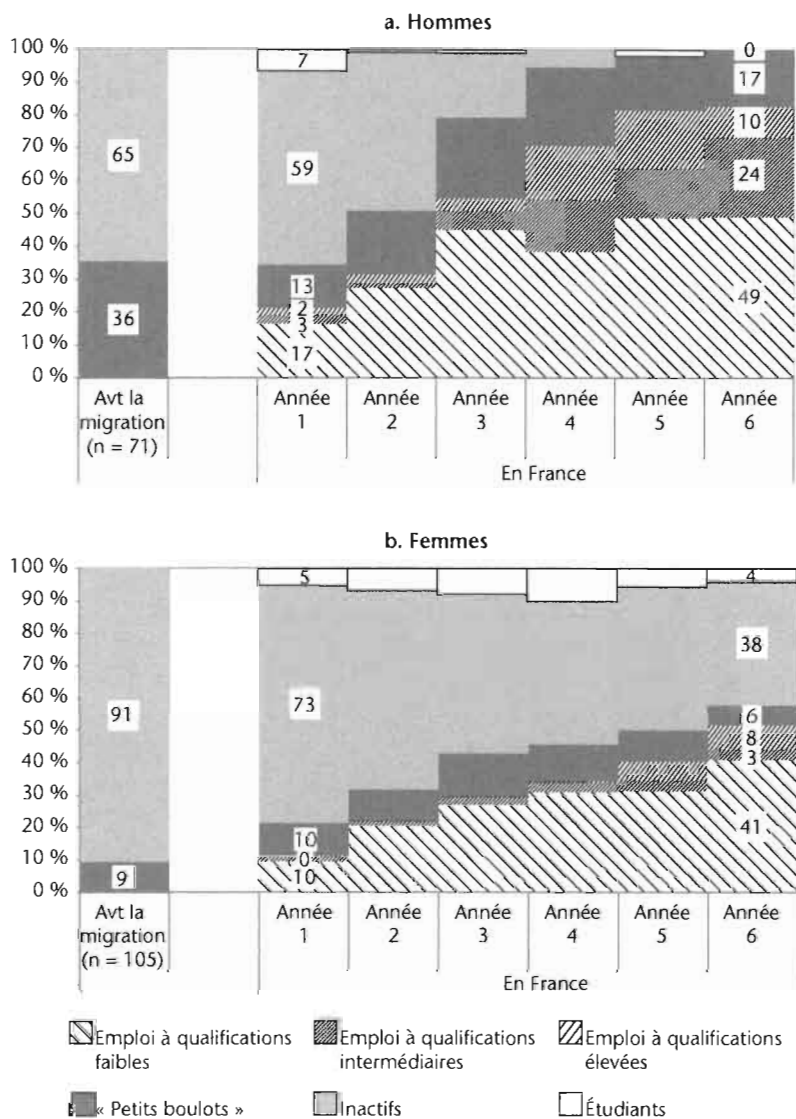
L'année de l'arrivée, les hommes qui étaient inactifs avant la migration étaient 20 % à exercer un emploi en France, et ce taux d'emploi augmente graduellement avec la durée de séjour en France (figure 3.a). Six ans après l'arrivée, 83 % exercent un emploi en France et 17 % exercent des petits boulots. Finalement ils occupent tous une activité professionnelle, six ans après l'arrivée. Parmi les personnes en emploi, ils sont cependant plus de la moitié (59 %) à exercer des professions faiblement qualifiées, 29 % à être en emploi dans des professions à qualifications intermédiaires et seulement 12 % ont des professions à qualifications élevées. Trois professions concentrent la moitié des emplois masculins six ans après l'arrivée⁵, un sur cinq (21 %) est en emploi dans les professions de la manutention « manœuvres des transports et de l'entrepôt », un sur cinq (20 %) est en emploi dans la sécurité « personnels des services de protection et de sécurité » et 13 % sont en emploi en tant que « caissiers et billettistes ».

Les femmes qui étaient inactives avant la migration ne sont que 10 % à travailler l'année de l'arrivée. Cependant, le taux d'emploi augmente pour atteindre 50 % six ans après l'arrivée. Les professions faiblement qualifiées représentent la grande majorité des emplois⁵. Elles sont 60 % à être employées dans le secteur du ménage « aides de ménage et agents d'entretien à domicile et dans les hôtels et bureaux » et 20 % dans les professions d'aide-soignante. Cependant, six ans après l'arrivée, elles sont 38 % à être inactives, contre 23 % pour les femmes qui étaient en emploi avant la migration.

Ainsi il semble que, quelle que soit leur situation sur le marché du travail avant la migration, les individus arrivent à intégrer le marché du travail français au fil des années ; cependant, cette intégration se fait

5 Voir tableau 1 en annexe sur le site http://www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_02.xlsx

FIGURE 3. Chronogrammes de l'insertion professionnelle sur le marché du travail français des hommes et des femmes qui étaient inactifs,ves ou effectuaient des « petits boulots » avant la migration



Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus, inactifs ou exerçant des « petits boulots » un an avant la migration.

Lecture : un an avant la migration, parmi les hommes inactifs ou exerçant des petits boulots, 65 % étaient inactifs. Six ans après l'arrivée, ils sont 49 % à exercer une profession faiblement qualifiée.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

principalement par la porte des emplois peu qualifiés et du secteur secondaire du marché du travail.

Cette situation pourrait être expliquée par les restrictions réglementaires importantes de l'emploi des immigrés sur le marché du travail français. En effet, comparativement aux autres pays occidentaux, le « Migration Policy Index Score » classe la France 23^e sur 38 au regard de la mobilité des immigrés sur le marché du travail (MIPEX, 2015). Plusieurs éléments expliquent ce classement.

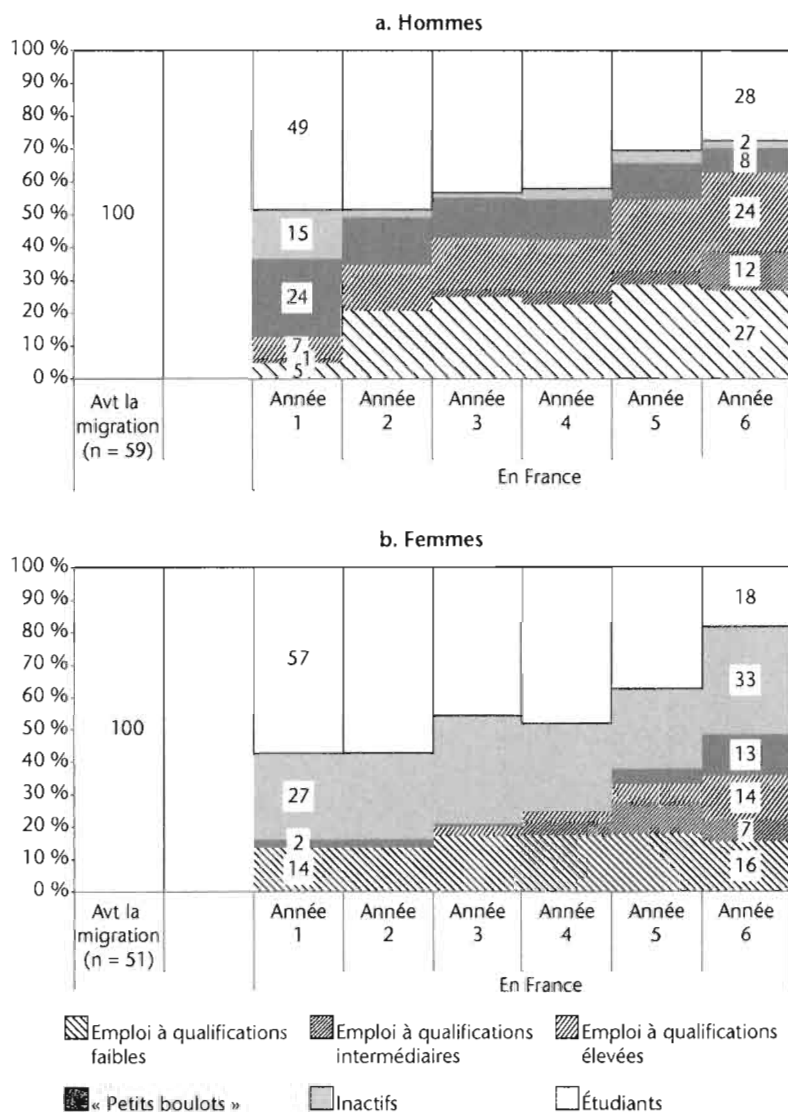
Premièrement, hormis certaines cartes de séjour pour les personnes hautement qualifiées ou les salariés en mission, toute demande de recrutement d'un étranger, ayant une carte de séjour professionnel, pour un poste en France doit être justifiée au regard de la situation dans le bassin de l'emploi et est autorisée par les services de l'État seulement si l'employeur n'a pas pu trouver de candidat autochtone. Cette procédure avait été allégée avec l'ouverture d'une liste de trente métiers réputés « en tension », qui étaient ouverts aux ressortissants des pays tiers, sans cette procédure d'opposition de la situation d'emploi. Cette liste a été réduite à quatorze en 2011, en conséquence de la crise économique. Outre cette liste, il existe des listes de métiers ouverts sans opposabilité de la situation d'emploi dans le cadre d'accords bilatéraux entre pays (Sénégal, Bénin, Congo, Gabon...) (Jolly, Lainé et Breem, 2012).

Deuxièmement, les immigrés sans nationalité ou diplôme européens n'ont pas accès à certains emplois. Il a été estimé qu'environ 5,3 millions d'emplois étaient fermés aux immigrés, soit à peu près 21 % des emplois en France. Ces emplois sont majoritairement ceux du secteur public et, dans le secteur privé, regroupent les professions réglementées ou sous licence (taxi, professionnels du droit, etc.), où les qualifications étrangères sont rarement complètement reconnues. Ces restrictions réglementaires limitent donc les parcours professionnels des immigrés et peuvent expliquer la situation décrite.

Pour les étudiants, un accès aux professions à qualifications élevées

Toutefois, il convient de nuancer ce tableau, car ces chiffres ne prennent en compte que les personnes qui étaient en emploi ou inactives avant la migration. Or, 21 % des hommes et 17 % des femmes étaient étudiants avant la migration. Ces derniers sont arrivés en France plus jeunes que le reste du groupe d'étude (23 ans en médiane à l'arrivée contre 29 ans en médiane pour les autres), et ils sont arrivés plus diplômés, surtout les hommes : 60 % des hommes et 27 % des femmes sont arrivés avec un diplôme du supérieur, contre respectivement 12 % et 16 % des autres hommes et femmes.

FIGURE 4. Chronogrammes de l'insertion professionnelle sur le marché du travail français des hommes et des femmes qui étaient étudiant.e.s avant la migration



Champ : individus du groupe de référence, âgés de 18 ans ou plus et étudiants un an avant la migration.

Lecture : six ans après l'arrivée, parmi les hommes qui étaient étudiants avant la migration, ils sont 24 % à exercer une profession à qualifications élevées.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

L'année de l'arrivée, les hommes qui étaient étudiants avant la migration sont 49 % à poursuivre leurs études, environ 10 % exercent un emploi et un quart exercent des petits boulots (figure 4.a). Plus la durée de séjour va s'allonger, plus le taux d'emploi va augmenter et la proportion d'étudiants se réduire. Six ans après l'arrivée, ils sont 28 % à poursuivre leurs études et 60 % sont en emploi, dont 38 % dans des professions à qualifications élevées.

Pour les femmes, 57 % poursuivent leurs études l'année de l'arrivée en France, 14 % sont en emploi, et 27 % sont inactives (figure 4.b). Comme pour les hommes, le taux d'emploi va augmenter avec la durée de séjour et la part d'étudiantes se réduire, mais à la différence des hommes, la part d'inactivité va rester stable et atteindre 33 % six ans après l'arrivée. À cette date, 18 % poursuivent leurs études, et 37 % sont en emploi, dont 38 % dans des professions à qualifications élevées, comme pour les hommes.

Ainsi, ceux qui étaient étudiant.e.s avant la migration et qui accèdent à l'emploi sont ceux qui accèdent aux professions les plus favorables en termes de qualification en France. Cette situation a été retrouvée dans la littérature (Castagnone *et al.*, 2013) et est attribuable au fait que ces derniers acquièrent des qualifications qui sont reconnues sur le marché du travail français, ce qui peut aussi expliquer leur installation différente en France (voir chapitre 1).

Conclusion

Au final, si les populations originaires d'Afrique subsaharienne en France sont hétérogènes du fait des différents courants migratoires, les résultats présentés dans ce chapitre suggèrent que, concernant les statuts professionnels, peu de différences apparaissent en France, de par la concentration importante de l'emploi dans les secteurs peu qualifiés. Les hommes sont majoritairement employés en France dans les secteurs du nettoyage, du bâtiment et de la restauration, les femmes étant cantonnées aux métiers des services à la personne et du ménage.

Cette concentration massive des métiers ne s'explique pourtant pas uniquement par un manque de qualifications parmi les immigrés. En effet, nos analyses, en étudiant la situation professionnelle prémigratoire, ont mis en évidence un phénomène de déclassement professionnel important, du fait de la difficulté de transférer le capital humain (compétences professionnelles, maîtrise de la langue, diplômes) au cours de la migration. Cette dépréciation du capital humain, si elle est bien inhérente au processus de migration, semble cependant accentuée par les restrictions réglementaires pour les immigrés sur le marché du travail français et par la segmentation du marché du travail. Cependant, les étudiants, du fait de l'acquisition de

compétences et qualifications reconnues par le marché du travail français, arrivent à accéder à des professions à qualifications plus élevées.

Ainsi ce chapitre, en comparant les situations professionnelles pré- et postmigratoires, permet de décentrer le regard et de montrer que la situation professionnelle des immigrés en France s'explique plus par des déterminants structurels que par un déficit de qualifications individuelles. Des politiques en faveur d'une reconnaissance ou la validation des diplômes reçus à l'étranger, ainsi qu'un accompagnement des projets professionnels des immigrés contribueraient à réduire ce phénomène de déclassement et donc à favoriser l'intégration économique des populations immigrées.

Bibliographie

- AKRESH I.R., 2008, « Occupational trajectories of legal US immigrants : downgrading and recovery », *Population and Development Review*, 34, 3, p. 435-456.
- BEAUCHEMIN C., LHOMMEAU B., SIMON P., 2016, « Histoires migratoires et profils socioéconomiques », in BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P. (dir.), *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris, p. 33-60.
- BETTIO F., SIMONAZZI A., VILLA P., 2006, « Change in care regimes and female migration : the *care drain* in the Mediterranean », *Journal of European Social Policy*, 16, 3, p. 271-285.
- BRINBAUM Y., MEURS D., PRIMON J.-L., 2016, « Situation sur le marché du travail : statuts d'activité, accès à l'emploi et discrimination », in BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P. (dir.), *Trajectoires et Origines*, op. cit., p. 203-232.
- BROUSSE C., 2008, « L'édition 2008 de la classification internationale type des professions », *Courrier des statistiques*, 4, 125, p. 17-21.
- CASTAGNONE E., MEZGER C., SCHOUMAKER B., NAZIO T., RAKOTONARIVO N., 2013, « Understanding Afro-European labour trajectories : integration of migrants into the European labour market, transnational economic participation and economic reintegration into the country of origin. A comparative study », *MAFE Working Paper*, 26.
- CHARPIN A., 2014, « Occupational downgrading of immigrants in France », *Economies and finances*.
- CHISWICK B.R., LEE Y.L., MILLER P.W., 2005, « A longitudinal analysis of immigrant occupational mobility : a test of the immigrant assimilation hypothesis », *International Migration Review*, 39, été, p. 332-353.
- Dares Analyses, 2012, « Emploi et chômage des immigrés en 2011 », *Publication de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques*, 77, p. 1-16.
- DSED, 2014, « ELIPA 2013 : les premiers résultats », *Infos migrations*, 72-73, p. 1-4.

- FARRÉ L., GONZÁLEZ L., ORTEGA F., 2011, « Immigration, family responsibilities and the labor supply of skilled native women », *The BE Journal of Economic Analysis and Policy*, 11, p. 1-46.
- FASSMANN H., 1997, « Is the Austrian labour market ethnically segmented ? », *European Journal of Population. Revue européenne de démographie*, 13, 1, p. 17-32.
- FERNÁNDEZ-MACÍAS E., GRANDE R., REY POVEDA A. DEL, ANTÓN J.-I., 2015, « Employment and occupational mobility among recently arrived immigrants : the Spanish case, 1997-2007 », *Population Research and Policy Review*, 34, 2, p. 1-35.
- GANZEBOOM H.B.G., 2010, « Questions and answers about ISEI-08 ».
- GANZEBOOM H.B.G., DE GRAAF P.M., TREIMAN D.J., 1992, « A standard international socio-economic index of occupational status », *Social Science Research*, 21, 1, p. 1-56.
- GOSSELIN A., DESGRÉES DU LOÛ A., JELIÈVRE E., LERT F., DRAY-SPIRA R., LYDIÉ N., 2016, « Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? », *Population & Sociétés*, 533, p. 1-4.
- ICHOU M., GOUJON A., 2017, « Le niveau d'instruction des immigrés : varié et souvent plus élevé que dans les pays d'origine », *Population & Sociétés*, 541, p. 1-4.
- JOLLY C., LAINÉ F., BREEM Y., 2012, « L'emploi et les métiers des immigrés » Centre d'analyse stratégique, document de travail.
- KOGAN I., 2006, « Labor markets and economic incorporation among recent immigrants in Europe », *Social Forces*, 85, 2, p. 697-721.
- MATTOO A., NEAGU I.C., ÖZDEN Ç., 2008, « Brain waste ? Educated immigrants in the US labor market », *Journal of Development Economics*, 87, 2, p. 255-269.
- MIPEX, 2015, « France Migrant Integration Policy Index (MIPEX) ».
- MOGUÉROU L., BRINBAUM Y., PRIMON J.-L., 2010, « Niveaux de diplômes des immigrés et de leurs descendants », in BEAUCHEMIN C., HAMEL C. et SIMON P., *Trajectoires et Origines*, op. cit.
- PIORE M.J., 1979, *Birds of Passage : Migrant Labor and Industrial Societies*, Cambridge University Press, Londres, 240 p.
- ROBIN J., 2012, « Comment mesurer le déclassement professionnel ? », *Infos migrations*, 41, p. 1-8.
- SIMÓN H., RAMOS R., SANROMÁ E., 2014, « Immigrant occupational mobility : longitudinal evidence from Spain », *European Journal of Population*, 30, 2, p. 223-255.
- TRIANDAFYLIDOU A., GROPAS R., 2008, *European Immigration. A Sourcebook*, Ashgate Publishing, Ltd., Farnham, 567 p.
- VAUSE S., 2011, « Différences de genre en matière de mobilité professionnelle des migrants congolais (RDC) en Belgique », *Espace populations sociétés*, 2, p. 195-213.

Migration et évolutions des situations conjugales : entre diversification des partenaires et persistance des asymétries de genre

*Mireille Le Guen, Annabel Desgrées du Loû,
Nathalie Bajos, Élise Marsicano*

Après avoir étudié le processus d'installation en France des immigrés d'Afrique subsaharienne, ainsi que leur insertion sur le marché du travail, nous nous proposons d'étudier une autre dimension de leur vie après la migration, celle de leur situation conjugale. La mise en couple, qu'elle ait lieu avant ou après le départ du pays de naissance, signe souvent l'entrée dans l'âge adulte (Antoine, Razafindrakoto et Roubaud, 2012) et parfois le début de la constitution d'une nouvelle famille.

Les situations conjugales des individus à l'arrivée en France sont diverses : certains arrivent célibataires, d'autres sont déjà engagés dans une union. Parmi ceux-ci, il est nécessaire de distinguer celles et ceux ayant migré en laissant leur partenaire « au pays » de ceux venus avec leur conjoint ou pour le rejoindre. Ces situations conjugales peuvent différer pour les femmes et les hommes (Hamel *et al.*, 2016) car leurs profils migratoires sont différents : les femmes arrivent en France davantage pour des raisons familiales que les hommes.

Comment évoluent les situations conjugales des individus après l'arrivée en France ? Les couples déjà formés se maintiennent-ils ? Les personnes célibataires entrent-elles en union rapidement ? Les difficultés que rencontrent les immigrés lors de leur arrivée pèsent-elles de la même manière sur les trajectoires conjugales des femmes et des hommes ? Parce que les dynamiques matrimoniales sont structurées par les rapports de genre (Marcoux et Antoine, 2014 ; de Singly, 2004 ; Tabet, 2004), les hommes les mieux dotés en capitaux économiques, sociaux et culturels ont davantage de chances d'entrer en union (Calvès, 2007 ; Galland, 2000 ; Marcoux et

Antoine, 2014 ; Mongeau, Neill et Le Bourdais, 2001) ou d'avoir des enfants (Calvès, 2000 ; Debest et Flahault, 2014 ; Marcoux et Antoine, 2014). C'est l'inverse qui se produit pour les femmes puisque celles ayant une position sociale plus favorable sont plus souvent sans conjoint (Mongeau, Neill et Le Bourdais, 2001 ; de Singly, 1982).

La migration peut également conduire les individus à modifier leurs façons de faire union, et notamment parce qu'elle peut ouvrir à une plus grande diversité de partenaires. Si la mixité au sein des couples a longtemps été perçue comme un indicateur d'intégration des immigrés au sein de la société d'arrivée (Gordon, 1964 ; Park, Burgess *et al.*, 1921), elle dépend surtout de la structure du marché matrimonial. En effet, si peu d'individus d'un même pays migrent, le choix des partenaires de même origine sera restreint et les personnes seront davantage amenées à se tourner vers d'autres populations pour trouver un conjoint (Alba et Golden, 1986 ; Kalmijn, 1993 ; Safi, 2008). Par ailleurs, la possibilité pour les immigrés de rencontrer des partenaires diversifiés dépend de leur position sociale (Hamel *et al.*, 2016). Enfin, si l'on interroge souvent la capacité des immigrés à s'intégrer, il semble qu'elle soit elle-même conditionnée par celle de la société d'accueil à s'ouvrir à ces nouvelles populations (Hamel *et al.*, 2010) en leur offrant les mêmes chances en termes d'accès aux ressources économiques et sociales.

L'enquête *Parcours*, par son caractère biographique, permet de reconstituer les parcours de vie des individus avant, pendant et après la migration. Il est ainsi possible de connaître les situations conjugales des individus avant et au moment du départ du pays d'origine, et de suivre leurs évolutions après la migration. Les unions peuvent alors être comparées selon qu'elles ont été contractées avant ou après la migration.

Ce chapitre étudie l'évolution des situations conjugales des immigrés d'Afrique subsaharienne à partir de l'arrivée en France et les conséquences de la migration sur la mixité des couples. Notre population se compose d'individus âgés de 15 ans ou plus l'année de l'arrivée en France et appartenant au groupe de référence uniquement, c'est-à-dire interrogés dans des centres de santé et non diagnostiqués pour une infection au VIH ni pour une hépatite B chronique. La diversification des modalités de faire union en Europe (Rault et Régnier-Loilier, 2015 ; Sardon, 1986) et en Afrique (Antoine, 2002 ; Calvès, 2007 ; Marcoux et Antoine, 2014), nous a conduites à considérer les couples dans un sens large, c'est-à-dire en qualifiant d'union toute relation d'une durée supérieure ou égale à un an, qu'elle ait ou non donné lieu à un mariage ou une période de cohabitation.

Notre analyse se déroule en quatre temps. D'abord, nous étudions les situations conjugales des immigrés au moment de la migration. Puis nous analysons les facteurs qui favorisent l'entrée en union en France. Ensuite, nous comparons les niveaux de mixité des unions avant et après la

migration. Enfin, nous avons cherché à savoir si les couples mixtes étaient différents sur d'autres points aux couples non mixtes.

Des situations conjugales à l'arrivée en France similaires pour les femmes et les hommes

Arriver seul.e ou en union : des profils migratoires différents

Au moment de la migration, 57 % des femmes et 55 % des hommes sont en union avec un partenaire rencontré avant leur départ (tableau 1). Cependant, si 49 % des hommes partent en laissant leur partenaire dans le pays de départ, ce n'est le cas que de 28 % des femmes de notre échantillon.

Les individus en union au moment de la migration, qu'ils aient migré ou non avec leur partenaire, sont généralement plus âgés au moment de l'arrivée en France que les personnes arrivées seules. De plus, les raisons de la migration ne sont pas les mêmes selon que les individus sont en couple ou non au moment de la migration. La moitié des femmes en union à l'arrivée en France sont venues pour rejoindre un membre de leur famille, ce n'est le cas que pour un tiers des femmes arrivées seules pour qui le départ est aussi motivé par l'envie de faire des études ou trouver du travail. Les hommes migrent davantage pour des raisons économiques, qu'ils soient ou non en couple au moment du départ : deux sur cinq ont déclaré être venus en France pour trouver du travail ou tenter leur chance. Un tiers des hommes arrivés en union ont déclaré avoir migré parce qu'ils étaient menacés dans leur pays d'origine, contre 16 % des hommes arrivés seuls. Enfin, si un quart des hommes arrivés seuls ont migré en France pour faire des études, ce n'est le cas que de 16 % de ceux arrivés en union.

Notons par ailleurs que notre population est très majoritairement hétérosexuelle, et que 8 % des femmes et 5 % des hommes n'avaient pas commencé leur vie sexuelle au moment de l'enquête. Les hommes ont eu leur première expérience sexuelle consentie¹ légèrement plus jeune que les femmes. Pour la moitié d'entre eux, l'entrée dans la sexualité a lieu avant la première union déclarée, ce qui n'est le cas que pour une femme sur quatre. Enfin, les hommes ont eu davantage de partenaires sexuels durant

1 Les individus étaient interrogés sur l'âge auquel ils avaient eu leur premier rapport sexuel. Il leur était demandé d'indiquer si ce premier rapport était quelque chose qu'ils « souhaitaient vraiment », qu'ils ont « accepté, mais qu'ils ne souhaitaient pas vraiment » ou qu'ils « ont été forcés à faire contre leur volonté ». L'âge médian au premier rapport ne tient pas compte des individus ayant déclaré que leur premier rapport avait été forcé.

leur vie que les femmes (14 en moyenne pour les hommes contre 4 pour les femmes). Ces résultats renvoient aux normes sociales différenciées des sexualités féminine et masculine tant en France (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008) que dans les pays d'origine (Rossier, Sawadogo et Soubeiga, 2013) : alors que les femmes inscrivent leur sexualité, sinon dans un contexte conjugal, du moins affectif, la sexualité des hommes répond plus souvent au registre de l'expérience et de la recherche du plaisir.

Celles et ceux qui arrivent en union le restent après la migration

Parmi les personnes qui étaient en couple au moment de la migration, une sur trois a connu une rupture d'union² au cours des deux premières années qui suivent l'arrivée en France (figure 1a). Les unions les plus récentes au moment de l'immigration sont davantage susceptibles d'être rompues après l'arrivée en France. En effet, 52 % des hommes et 57 % des femmes qui ont connu une rupture au cours des deux années après l'arrivée en France étaient en union depuis moins de quatre ans avant le départ. Les couples qui se maintiennent plus longtemps après la migration semblent à l'inverse particulièrement pérennes. En effet, seuls 7 % des hommes et 8 % des femmes encore en union après les deux premières années en France se sont séparés de leur partenaire au cours des six années ultérieures. Finalement, moins de la moitié des unions contractées avant la migration sont rompues au cours des cinq premières années passées en France.

Les femmes arrivées seules entrent plus vite en union que les hommes

Les femmes qui n'étaient pas en couple lors de leur arrivée en France entrent plus rapidement en union après leur migration que les hommes. Au cours de la première année passée en France, 30 % des femmes et 12 % des hommes arrivés seuls se mettent en couple (figure 1b). Trois ans après l'arrivée en France, plus de la moitié des femmes ont contracté une union. Pour les hommes, il faut attendre la sixième année après la migration pour que 50 % d'entre eux déclarent avoir contracté une première union en France. Finalement, neuf ans après la migration, près de 90 % des femmes et 70 % des hommes arrivés seuls se sont mis en couple en France. La mise en couple relativement massive des femmes et des hommes arrivés seuls après la migration semble confirmer que le célibat n'est qu'une situation temporaire pour la grande majorité d'entre eux.

2 Par rupture d'union nous entendons les séparations, les divorces et les décès. Seuls 1 % des hommes et 3 % des femmes arrivés en France en couple connaissent une rupture d'union pour cause de décès du conjoint.

Tableau 1. Caractéristiques de la population selon le sexe et la situation relationnelle au moment de l'arrivée en France

	Femmes				Hommes			
	Arrivée seule	Arrivée en union		p	Arrivé seul	Arrivé en union		p
		Conjoint au pays	Conjoint en France			Conjointe au pays	Conjointe en France	
Situation conjugale à l'arrivée en France	43 %	28 %	29 %	n.s.	45 %	49 %	6 %	n.s.
Effectifs	147	125	102		154	168	18	
Caractéristiques sociodémographiques								
Âge médian à l'enquête (25 %-75 %)	39 (29-48)	40 (30-49)	47 (39-54)	*	38 (29-49)	44 (34-50)	42 (38-55)	*
Niveau d'études à l'enquête								
Aucun/primaire	18 %	18 %	30 %	n.s.	29 %	24 %	28 %	n.s.
Secondaire	53 %	57 %	51 %		40 %	50 %	33 %	
Supérieur	29 %	24 %	19 %		31 %	27 %	39 %	
Caractéristiques migratoires								
Âge médian à la migration (25 %-75 %)	23 (19-31)	28 (24-36)	27 (23-30)	*	25 (20-29)	29 (24-34)	38 (32-46)	***
Durée médiane de séjour en France (25 %-75 %)	11 (5-21)	7 (2-12)	20 (8-28)	***	11 (3-24)	11 (2-22)	4 (1-7)	**
Raisons de l'arrivée en France								
Tenter sa chance/Trouver du travail	24 %	29 %	9 %	***	44 %	39 %	26 %	**
Raisons familiales	34 %	22 %	80 %		12 %	8 %	37 %	
Menacé-e dans son pays	20 %	32 %	6 %		15 %	33 %	33 %	
Études	21 %	8 %	2 %		26 %	18 %	4 %	
Raisons médicales	1 %	9 %	3 %		3 %	2 %	0 %	

Caractéristiques sexuelles								
Partenaires sexuels dans la vie								
Exclusivement du sexe opposé	91 %	100 %	100 %	*	95 %	99 %	100 %	n.s.
Au moins un partenaire du même sexe	1 %	0 %	0 %		0 %	1 %	0 %	
Pas encore eu de rapport sexuel au moment de l'enquête	8 %	0 %	0 %		5 %	0 %	0 %	
Âge médian au premier rapport sexuel consenti (25 %-75 %)								
	20 (17-23)	18 (17-20)	18 (16-20)	n.s.	18 (16-21)	17 (15-19)	20 (16-28)	n.s.
Nombre moyen de partenaires sexuels dans la vie	4	5	3	n.s.	14	16	14	n.s.
Le premier rapport sexuel consenti est antérieur au début de la première relation longue								
	34 %	24 %	17 %	n.s.	66 %	44 %	45 %	**
Nombre moyen d'unions dans la vie	2	2	2	n.s.	2	3	3	n.s.

Champ : individus du groupe de référence âgés de 15 ans ou plus au moment de l'arrivée en France.

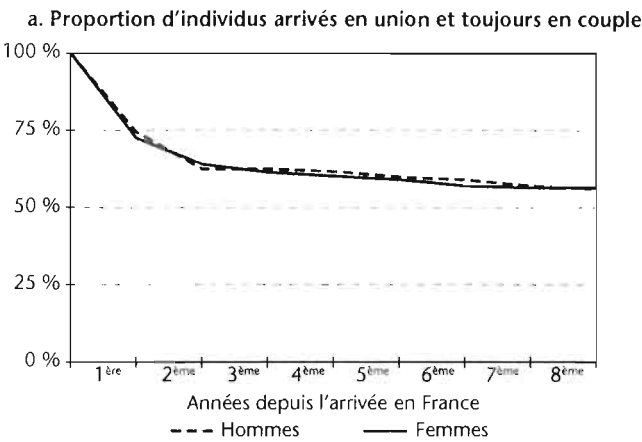
Note : une version plus détaillée du tableau est disponible sur le site de l'enquête (voir tableau 1 en annexe sur le site www.cephed.org/parcours/annexes_chapitre_03.xlsx).

Lecture : 57 % des femmes et 55 % des hommes âgés de 15 ans ou plus au moment de la migration étaient en union à l'arrivée en France.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; (25 %-75 %) : intervalle interquartile.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

FIGURE 1. Évolution des situations conjugales des femmes et des hommes selon l'année depuis l'arrivée en France

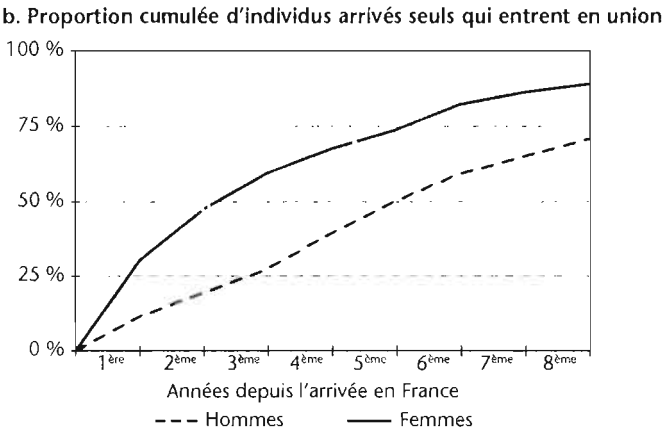


Champ : individus du groupe de référence en union lors de l'arrivée en France et âgés de 15 ans et plus au moment de la migration.

Note : courbes réalisées à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier.

Lecture : au cours de la première année en France, 27 % des femmes et 26 % des hommes se sont séparés du partenaire avec qui ils avaient contracté une union avant la migration.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.



Champ : individus du groupe de référence sans partenaire stable lors de l'arrivée en France et âgés de 15 ans et plus au moment de la migration.

Note : courbes réalisées à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier.

Lecture : au cours de la première année en France, 30 % des femmes et 12 % des hommes sont entrés en union.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

L'entrée en union moins rapide des hommes en France pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers se mettent en couple à un âge plus avancé que les femmes, et que l'âge à la migration est le même pour les deux sexes. Mais il est aussi possible que cet écart d'âge s'explique par le fait que les hommes ont plus de difficultés à entrer en union en France du fait des conditions de vie particulièrement précaires dans lesquelles ils évoluent.

Les conditions de vie influencent l'entrée en union des hommes

Les chances d'entrée en union ne sont pas les mêmes pour tous les individus. Par exemple, la mise en couple est plus fréquente à certains âges qu'à d'autres. De plus, si les individus d'une génération donnée peuvent se mettre en couple à des âges relativement similaires, ceux de la génération suivante peuvent connaître un recul de l'âge à l'entrée en union du fait d'un changement de contexte social et économique (Antoine, Djire et Laplante, 1995 ; Calvès, 2007 ; Lardoux, 2004 ; Marcoux et Piché, 1998). Dans l'analyse qui suit, nous avons mesuré les effets des conditions de vie dans lesquelles évoluent les individus sur les chances d'entrée dans une première union en France en tenant systématiquement compte du temps passé depuis l'arrivée en France, de l'âge des individus, de la période d'arrivée en France, de leur région de naissance, de la raison de la migration et du fait d'avoir des enfants.

L'amélioration des conditions de vie favorise l'entrée en union des hommes

L'entrée en union des hommes apparaît fortement dépendante de leurs conditions de vie en France. En effet, le fait d'avoir un emploi stable accélère l'entrée en union après la migration par rapport aux hommes sans emploi (figure 2b). Les hommes actifs pourraient être perçus comme plus à même d'assurer une sécurité financière à une partenaire, et donc davantage correspondre à leur rôle social de pourvoyeur principal de ressources (Marcoux et Antoine, 2014 ; Mongeau, Neill et Le Bourdais, 2001 ; Topen, 2006).

De plus, le fait d'habiter dans un logement personnel, plutôt que d'être hébergé chez un tiers, est aussi associé à une entrée en union plus rapide chez les hommes (figure 2b), l'accès à un logement indépendant étant souvent considéré comme le préalable à la constitution d'une famille (Antoine et Béguy, 2014 ; Galland, 1996). Notons également que, dans beaucoup de structures d'hébergement collectif, l'accès des locaux à des personnes

extérieures, et notamment aux partenaires féminines (Bernardot, 2008), n'est pas autorisé, ce qui pourrait constituer un frein à la prolongation d'une relation intime.

Enfin, les hommes ayant obtenu une carte de résident ou acquis la nationalité française ont davantage de chances d'entrer en union que ceux n'ayant que des titres de séjour de courte durée (figure 2b). L'acquisition d'une stabilité administrative semble donc constituer un nouveau capital à faire valoir sur le marché matrimonial. En accédant à un permis de séjour pérenne, ils sont en mesure d'assurer une sécurité administrative à une éventuelle partenaire elle-même étrangère (Weber, 2006). Il est aussi possible que ces hommes côtoient davantage des femmes non immigrées avec qui ils pourraient se mettre en union.

Il apparaît donc que l'amélioration des situations professionnelle, résidentielle ou administrative, indépendamment les unes des autres, favorise l'entrée en union des hommes de notre échantillon. Or, ces différentes situations sont relativement interdépendantes les unes des autres : l'obtention d'un titre de séjour autorise l'exercice d'un emploi de manière légale ; et le fait d'exercer une activité professionnelle favorise l'accès au logement personnel. Il semble alors nécessaire d'apprécier les effets cumulés de ces trois situations. Pour ce faire, nous avons élaboré une variable en cinq modalités hiérarchisant les conditions de vie dans lesquelles évoluent les individus, de la situation la moins favorable à la plus favorable : i) ceux n'ayant ni activité professionnelle (les étudiants sont considérés comme ayant une activité), ni logement personnel, ni titre de séjour ; ii) ceux ayant un logement personnel ou un titre de séjour, mais pas d'activité professionnelle ; iii) ceux ayant une activité professionnelle uniquement ; iv) ceux ayant une activité professionnelle et un logement personnel ou un titre de séjour ; et enfin v) ceux ayant une activité professionnelle, un logement personnel et un titre de séjour. Nous avons ensuite testé l'effet de cette variable sur l'entrée dans une première union en France en tenant compte des autres caractéristiques sociodémographiques des individus. Il en ressort que plus les hommes ont des conditions de vie favorables, plus ils entrent en union rapidement (figure 2c).

L'entrée en union des femmes améliore leurs conditions de vie

En revanche, l'entrée en union des femmes après leur arrivée ne semble pas dépendre de leurs conditions de vie en France une année donnée. Les femmes ayant un emploi stable ou un permis de séjour pérenne (carte de résidente ou acquisition de la nationalité française) n'entrent pas plus rapidement en union (figure 2a). On note toutefois une association entre le fait d'entrer en union et la situation résidentielle des femmes. Cepen-

dant, il semblerait que ce soit davantage l'entrée en union qui permette l'accès des femmes à un logement personnel que l'inverse puisque l'accès à ce type de résidence semble être concomitant avec la mise en couple chez ces dernières.

Après avoir étudié les situations conjugales des immigrés de notre échantillon au moment où ils arrivent en France ainsi que l'évolution de ces situations, il s'agit de comprendre désormais si la migration modifie les façons de faire union, et notamment si elle ouvre à des partenaires plus diversifiés quant à leur origine. Pour ce faire, il est nécessaire de changer d'échelle et de s'intéresser non plus aux individus, mais aux unions que ces derniers contractent.

La migration comme ouverture à des partenaires diversifiés ?

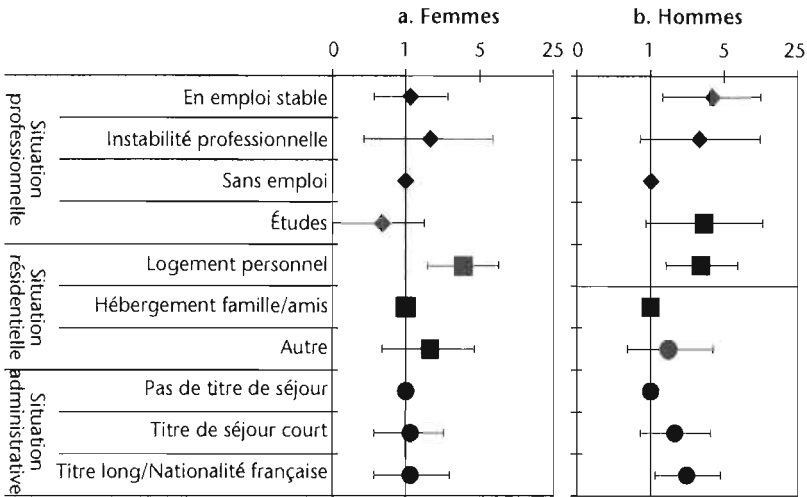
Le terme de mixité au sein des couples peut renvoyer à plusieurs situations (Varro, 2003). On parle de mixité sociale lorsque les deux partenaires ne viennent pas du même milieu social. Cette mixité peut alors être appréhendée en termes de différence de niveau de diplômes, ou par la profession exercée par les parents de chacun des partenaires. Mais le plus souvent, dans les études sur les immigrés, la mixité fait référence à la mixité « culturelle » ou « ethnique ». Nous préférons à ces termes la mixité « géographique » car nous comparons ici les pays de naissance des individus. Il y a mixité géographique lorsque deux individus ne sont pas nés dans le même pays. De plus, nous distinguons la mixité intra-africaine pour laquelle les partenaires sont nés dans des pays d'Afrique subsaharienne différents, de la mixité extra-africaine pour laquelle le partenaire est né dans un autre pays du monde (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013).

Des unions plus souvent mixtes après la migration

Si la mixité au sein des couples est plus souvent étudiée chez les immigrés dans le pays d'accueil, elle existe aussi avant la migration. En effet, avant l'arrivée en France 12 % des unions des femmes et 21 % des unions des hommes ont été contractées avec un partenaire qui n'était pas né dans le même pays qu'eux. C'est la mixité intra-africaine qui domine dans ces cas puisque 9 % des unions des femmes et 15 % des unions des hommes sont contractées avec un partenaire né dans un autre pays d'Afrique subsaharienne.

Les unions contractées après la migration sont plus souvent mixtes que celles ayant débuté avant l'arrivée en France (figure 3). En effet, 37 % des

FIGURE 2. Facteurs associés à l'entrée en union pour les femmes et les hommes arrivés seuls en France



Champ : individus du groupe de référence âgés de 15 ans et plus l'année de l'arrivée en France et sans partenaire stable lors de la migration.

Interprétation : les points du graphique sont des odds ratios (ou rapports de cotes). Ces derniers s'interprètent selon leur position par rapport à la barre verticale située à la valeur 1. Les points étant à la droite de la barre (ou supérieurs à 1) montrent une accélération de l'entrée en union comparativement au point de référence de même symbole situé sur la barre (ou égal à 1). À l'inverse, les points situés à la gauche de la barre (ou inférieurs à 1) désignent un ralentissement de l'entrée en union comparativement au point de référence. Les indicateurs sont significatifs lorsque les intervalles de confiance (barres horizontales) ne franchissent pas la barre verticale.

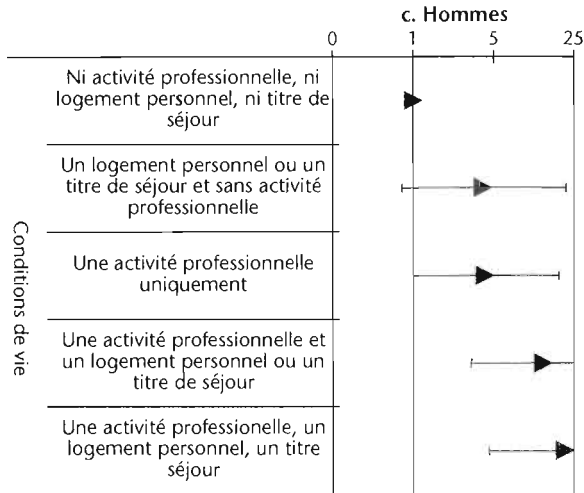
Lecture : lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles (temps depuis l'arrivée en France, âge, période d'arrivée en France, lieu de naissance, raison de la migration, nombre d'enfants), les hommes ayant un emploi stable entrent plus rapidement en union que les hommes sans emploi.

Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

unions des femmes et 47 % des unions des hommes qui ont été contractées après l'arrivée en France étaient mixtes. La migration, en donnant accès à des partenaires d'origines différentes, permet une plus grande mixité au sein des couples (Hamel *et al.*, 2016).

La part des unions mixtes extra-africaines est multipliée par sept après la migration, tant pour les hommes que pour les femmes. Cependant, alors que la mixité intra-africaine est multipliée par deux chez les femmes, la part des unions mixtes intra-africaines des hommes n'augmente pas après l'arrivée en France, peut-être parce que cette proportion est déjà élevée chez ces derniers avant l'arrivée en France.

FIGURE 2 (suite). Facteurs associés à l'entrée en union pour les femmes et les hommes arrivés seuls en France



Champ : hommes du groupe de référence âgés de 15 ans et plus l'année de l'arrivée en France et sans partenaire stable lors de la migration.

Lecture : lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles (temps depuis l'arrivée en France, âge, période d'arrivée en France, lieu de naissance, raison de la migration, nombre d'enfants), les hommes ayant une activité professionnelle uniquement entrent plus rapidement en union que les hommes qui n'ont ni activité professionnelle ni logement personnel ni titre de séjour.

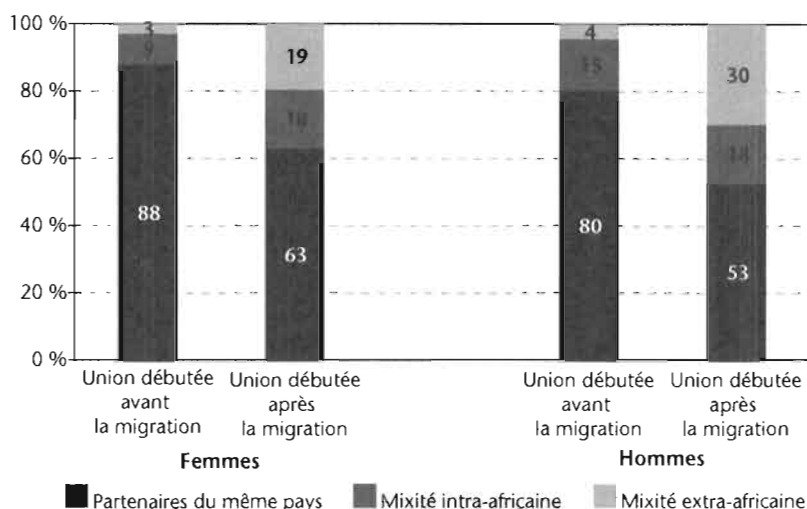
Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

La mixité dépend également des conditions de vie

Les unions mixtes sont davantage précédées par une union elle-même déjà mixte. En d'autres termes, l'entrée dans une union mixte semble conduire les individus à s'engager davantage dans des unions mixtes par la suite. Chez les hommes les unions mixtes sont précédées d'une union avec une partenaire tant intra-africaine que extra-africaine. Chez les femmes en revanche, la mixité semble être segmentée, certaines femmes contractant successivement des unions mixtes intra-africaines, d'autres se mettant en couple avec des partenaires extra-africains uniquement.

Mais la probabilité de constituer une union mixte n'est pas la même pour tous les individus (Duncan et Trejo, 2005 ; Safi, 2008). Ces constatations se retrouvent dans notre échantillon puisque les hommes diplômés du supérieur ont plus de chances d'entrer en union avec une partenaire extra-africaine que ceux moins diplômés. Chez les femmes, c'est le fait d'exercer

FIGURE 3. Types de mixité des unions selon qu'elles aient débuté avant ou après l'arrivée en France



Champ : unions déclarées par les femmes et les hommes du groupe de référence arrivés en France à 15 ans ou plus.

Note : il y a mixité intra-africaine lorsque les partenaires sont nés dans des pays d'Afrique subsaharienne différents. Il y a mixité extra-africaine lorsque le partenaire de la personne enquêtée n'est pas né en Afrique subsaharienne. On trouvera le détail des effectifs et des valeurs représentés sur ce graphique sur le site de l'enquête (voir tableau 3 en annexe sur le site www.cephed.org/parcours/annexes_chapitre_03.xlsx).

Lecture : 19 % des unions déclarées par les femmes et débutées après l'arrivée en France sont contractées avec un partenaire extra-africain.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

une activité professionnelle quelle qu'elle soit qui accroît leurs chances de contracter une union avec un partenaire extra-africain, indépendamment de leurs autres caractéristiques personnelles.

Une asymétrie de genre qui perdure quelle que soit la mixité

L'entrée en union mixte peut être interprétée comme un franchissement de frontières culturelles et une adhésion plus prononcée aux normes et valeurs véhiculées au sein de la société d'arrivée (Gordon, 1964 ; Park, Burgess *et al.*, 1921). Pour les femmes immigrées originaires du Maghreb ou d'un autre pays au sud du Sahara, la mixité aurait une autre signification. En effet, ces dernières, parce qu'elles sont perçues comme davantage

soumises à la domination des hommes, auraient un avantage particulier à entrer en union avec un homme « natif » qui serait plus favorable à l'égalité des sexes que les hommes d'origine africaine, immigrés ou non (Guénif-Souilamas, 2010 ; Hamel, 2005). Cette vision, qui souffre d'un ethnocentrisme certain, participe au phénomène de « racialisation du sexisme » (Hamel, 2005) : les sociétés occidentales s'autoperçoivent comme étant débarrassées, ou sur le point de l'être, des inégalités liées au genre alors que le reste du monde serait encore en proie à des comportements qu'elles jugent arriérés. C'est également ignorer l'hétérogénéité des normes et valeurs au sein des groupes sociaux d'une même communauté d'origine (Skeggs et Pouly, 2016). De plus, la mixité au sein des couples ne saurait être considérée comme une acceptation par l'immigré de la totalité des repères sociaux et culturels de son partenaire. Plus que d'assimilation de l'ensemble de la culture de l'autre, il s'agit davantage d'ajustements, d'adaptations et de partages des registres culturels de deux partenaires (Debroise, 1998 ; Therrien et Le Gall, 2012).

Des façons de faire union différentes entre les sexes

Les façons de faire union des femmes et des hommes sont différentes. En effet, les unions rapportées par les hommes de notre échantillon ont duré moins longtemps que les unions rapportées par les femmes (tableau 2). Elles sont également moins souvent formalisées par un mariage ou une période de cohabitation. Ces résultats rappellent que les sexualités féminine et masculine ne répondent pas aux mêmes normes, que ce soit en France ou en Afrique (Bajos, Bozon et Beltzer, 2008 ; Reiss, 1955 ; Rossier, Sawadogo et Soubeiga, 2013).

Les différences observées dans la manière de faire union selon le sexe des individus se retrouvent quel que soit le type de mixité de l'union. Les unions mixtes, intra ou extra-africaines, ne durent pas moins longtemps que les unions non mixtes. De plus, elles sont tout autant formalisées par un mariage ou une période de cohabitation que les unions où les deux partenaires sont nés dans le même pays.

Des femmes plus jeunes et moins éduquées que leurs partenaires

Quel que soit le type de mixité des unions, les écarts d'âge entre les partenaires vont dans le même sens (tableau 2) : les hommes sont majoritairement avec une partenaire plus jeune qu'eux (55 %), les femmes avec un partenaire plus âgé (73 %). Les écarts d'âge entre conjoints sont un phénomène bien connu de la sociologie du couple. Partout dans le monde on observe que, dans les couples hétérosexuels, les femmes

Tableau 2. Caractéristiques des unions selon leur type de mixité

	Femmes				Hommes			
	Pas de mixité	Mixité intra-africaine	Mixité extra-africaine	p	Pas de mixité	Mixité intra-africaine	Mixité extra-africaine	p
Effectifs	577	103	77		513	120	112	
Durée médiane de l'union (25 %-75 %)	5,3 (2,0-13,7)	3,8 (1,7-9,2)	4,4 (1,6-8,9)	n.s.	3,9 (1,8-10,8)	2,6 (1,3-5,8)	3,0 (1,5-6,0)	n.s.
Différence d'âge entre les partenaires				n.s.				n.s.
Partenaire plus jeune	3 %	1 %	6 %		56 %	59 %	48 %	
Partenaire plus âgé	72 %	68 %	79 %		6 %	5 %	9 %	
Partenaires du même âge (+/-2 ans)	25 %	31 %	16 %		39 %	36 %	43 %	
Différence de niveau d'instruction								*
Partenaire moins instruit	14 %	18 %	6 %		41 %	25 %	21 %	
Même niveau	40 %	37 %	40 %		46 %	48 %	46 %	
Partenaire plus instruit	39 %	34 %	39 %		11 %	20 %	21 %	
Ne sait pas	8 %	12 %	16 %		2 %	8 %	12 %	
Union formalisée par un mariage	39 %	37 %	28 %	n.s.	31 %	27 %	23 %	n.s.
Union formalisée par une période de cohabitation	63 %	58 %	62 %	n.s.	54 %	55 %	64 %	n.s.
L'enquêté-e a eu d'autres partenaires stables pendant l'union	7 %	7 %	9 %	n.s.	24 %	16 %	21 %	n.s.

	Femmes				Hommes			
	Pas de mixité	Mixité intra- africaine	Mixité extra- africaine	p	Pas de mixité	Mixité intra- africaine	Mixité extra- africaine	p
Le/la conjoint-e a eu d'autres partenaires stables pendant l'union				n.s.				n.s.
Oui	35 %	26 %	23 %		12 %	10 %	10 %	
Non	41 %	53 %	47 %		64 %	59 %	74 %	
Ne sait pas	24 %	21 %	31 %		23 %	30 %	16 %	

Champ : unions déclarées par les femmes du groupe de référence arrivées en France à 15 ans ou plus.

Note : il y a mixité intra-africaine lorsque les partenaires sont tous les deux nés dans un pays d'Afrique subsaharienne. Il y a mixité extra-africaine lorsque le partenaire de la personne enquêtée n'est pas né en Afrique subsaharienne. Les p-valeurs tiennent compte du fait qu'un même individu peut avoir plusieurs unions. Une version plus détaillée du tableau est disponible sur le site de l'enquête (voir tableau 3 en annexe sur le site www.cephed.org/parcours/annexes_chapitre_03.xlsx).

Lecture : 34 % des unions non mixtes déclarées par les femmes et débutées après l'arrivée en France sont encore en cours au moment de l'enquête.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; (25 %-75 %) : intervalle interquartile.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

sont plus jeunes que leur partenaire masculin (Casterline, Williams et McDonald, 1986 ; Mignot, 2010). Cette constante relève en partie d'une différence des calendriers féminins et masculins (Bozon, 1990). En effet, les femmes, dont le rôle social reste attaché à la parentalité, entrent généralement plus tôt en union que les hommes qui doivent d'abord s'accomplir professionnellement. Cependant, du fait de l'évolution du statut des femmes, et notamment leur accès au marché du travail, on assiste à une diminution des écarts d'âge entre conjoints (Daguet, 2016 ; Hertrich, 2007).

Les femmes de notre échantillon sont majoritairement en union avec un partenaire ayant un niveau d'études égal ou supérieur au leur, et ce quel que soit le type de mixité de l'union. En ce qui concerne les hommes, ceux en union mixte ont plus souvent des partenaires avec un niveau d'études égal ou supérieur au leur que les hommes en couple non mixte. Il semble que ce surcroît d'« homogamie sociale » au sein des unions mixtes ne soit qu'un effet de structure. En effet, les hommes auraient plus de chances de rencontrer une femme diplômée parmi celles qui ne sont pas nées dans le même pays qu'eux pour deux raisons : les femmes africaines immigrées et les femmes extra-africaines sont plus souvent plus diplômées que les femmes africaines non immigrées (Beauchemin, 2016 ; Ichou, 2016).

Enfin, nous nous sommes intéressées à la pratique du pluripartenariat et nous l'avons mesuré de deux manières : le pluripartenariat pratiqué par la personne interrogée³, et celui pratiqué par leurs partenaires⁴. Les femmes de notre échantillon entretiennent moins souvent plusieurs unions à la fois que les hommes que nous avons interrogés. En effet, 7 % des unions des femmes et 22 % des unions des hommes ont été déclarées en même temps qu'une autre union, et ce quel que soit le type de mixité. Le pluripartenariat du partenaire est plus difficile à estimer par les personnes interrogées : pour 31 % des unions des femmes et 23 % des unions des hommes, les individus ont déclaré ne pas savoir. Toutefois, lorsqu'on compare les réponses des hommes et des femmes, les femmes rapportent plus souvent que leur partenaire entretenait d'autres relations en même temps que la leur. Ainsi 23 % des unions déclarées par les femmes sont estimées par ces dernières comme ayant été en concomitance avec une

3 Pour les personnes interrogées, nous avons considéré les unions en situation de pluripartenariat lorsque pour une personne les dates déclarées de début et de fin d'unions se chevauchaient.

4 Pour mesurer la pratique du pluripartenariat du partenaire de la personne enquêtée, nous avons utilisé la question suivante : « Votre partenaire avait-il d'autres partenaires stables pendant votre relation ? »

autre union entretenue par leur partenaire, contre 12 % des unions déclarées par les hommes, et ce quel que soit le type de mixité des unions. Le pluripartenariat est plus fréquent chez les hommes, et ce quel que soit leur pays de naissance.

Conclusion

Bien qu'ils aient des raisons différentes pour migrer, la moitié des femmes et des hommes nés en Afrique subsaharienne arrivent en France en ayant déjà contracté une union. Cependant, les hommes en migrant laissent plus souvent leur conjointe au pays que les femmes. Près d'une personne sur deux en couple au moment de la migration se sépare après l'arrivée en France, qu'ils aient ou non immigré avec leur conjoint. Pour les personnes qui n'étaient pas en union lors de leur arrivée en France, la mise en couple est plus rapide chez les femmes que chez les hommes. Pour ces derniers, il semble que la mise en couple dépende des ressources qu'ils sont en mesure de mobiliser. De fait, plus leurs conditions de vie s'améliorent, plus ils entrent rapidement en union. Chez les femmes au contraire, la mise en couple leur permettrait d'améliorer les conditions dans lesquelles elles vivent, et notamment d'avoir accès à un logement personnel. Parce que les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes sont différents, les conditions de vie dans lesquelles ils évoluent n'agissent pas de la même manière sur leurs chances d'entrée en union.

Les unions contractées après la migration sont plus souvent mixtes que celles commencées avant l'arrivée en France. Mais le fait d'entrer en union avec un partenaire né dans un autre pays que le sien dépend aussi d'autres caractéristiques : le niveau de diplôme pour les hommes, la situation professionnelle pour les femmes. Par ailleurs, les femmes et les hommes ont des façons différentes de faire union. Les unions des femmes sont davantage formalisées par une période de cohabitation ou un mariage que celles des hommes, et ce quel que soit le pays de naissance du conjoint. De plus, les femmes, qu'elles soient en union mixte ou non, sont plus souvent plus jeunes que leur partenaire, ont un niveau d'instruction égal ou inférieur, et ont moins souvent plusieurs partenaires en même temps. Ainsi, la mixité ne semble pas remettre en cause les asymétries de genre qui ont cours dans les sociétés tant africaines qu'occidentales.

Bibliographie

- ALBA R.D., GOLDEN R. M., 1986, « Patterns of ethnic marriage in the United States », *Social Forces*, 65, 1, p. 202-223.
- ANTOINE P., 2002, « Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique », in CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Les déterminants de la fécondité*, Ined, Paris, p. 75-102.
- ANTOINE P., BÉGUY D., 2014, « Évolution des conditions économiques, mariage et constitution de la famille à Dakar et à Lomé », in MARCOUX R., ANTOINE P. (dir.), *Le Mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Presses de l'université du Québec, Québec, p. 83-107.
- ANTOINE P., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., 2012, « Contraints de rester jeunes ? Évolution de l'insertion dans trois capitales africaines : Dakar, Yaoundé, Antananarivo », *Autrepart*, 18, p. 17-36.
- ANTOINE P., DJIRE M., LAPLANTE B., 1995, « Les déterminants socioéconomiques de la sortie du célibat à Dakar », *Population*, 50, 1, p. 95-117.
- BAJOS N., BOZON M., BELTZER N., 2008, *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, 618 p.
- BEAUCHEMIN C., 2016, « Migrations d'Afrique subsaharienne. Sens et contresens », in BEAUCHEMIN C., ICHOU M. (dir.), *Au-delà de la crise des migrants : décentrer le regard*, Katharla, Paris (Disputatio), p. 53-72.
- BERNARDOT M., 2008, *Loger les immigrés : la Sonacotra*, Éditions du Croquant, Bellecombe-en-Bauges, 296 p.
- BOZON M., 1990, « Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints : une domination consentie. I. Types d'union et attentes en matière d'écart d'âge », *Population*, 45, 2, p. 327-360.
- CALVÈS A.-E., 2007, « Trop pauvre pour se marier ? Crise de l'emploi et entrée en première union des hommes au Burkina Faso », *Population*, 62, 2, p. 339-359.
- CALVÈS A.-E., 2000, « Premarital childbearing in urban Cameroon : paternal recognition, child care and financial support », *Journal of Comparative Family Studies*, 31, 4, p. 443-461.
- CASTERLINE J.B., WILLIAMS L., McDONALD P., 1986, « The age difference between spouses : variations among developing countries », *Population Studies*, 40, 3, p. 353-374.
- DAGUET F., 2016, « De plus en plus de couples dans lesquels l'homme est plus jeune que la femme », *Insee Première*, 1613, p. 1-4.
- DEBEST C., FLAHAULT É., 2014, *Le Choix d'une vie sans enfant*, PUR, Rennes, 215 p.
- DEBROISE A., 1998, « La construction conjugale à l'intérieur de couples mixtes : ces couples qu'on appelle mixtes », *Dialogue*, 139, p. 51-63.
- DUNCAN B., TREJO S.J., 2005, « Ethnic identification, intermarriage, and unmeasured progress by Mexican Americans », *Mexican Immigration*

to the United States, Cambridge, Mass., National Bureau of Economic research (Working paper), p. 229-268.

GALLAND O., 1996, « L'entrée dans la vie adulte en France. Bilan et perspectives sociologiques », *Sociologie et sociétés*, 28, 1, p. 37.

GALLAND O., 2000, « Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives, mais resserrées », *Économie et statistique*, 337, 1, p. 13-36.

GORDON M.M., 1964, *Assimilation in American Life. The Role of Race, Religion, and National Origins*, Oxford University Press, Oxford, 287 p.

GUÉNIE-SOUILAMAS N., 2010, « La réduction à son corps de l'indigène de la République », in BLANCHARD P., BANCEL N., LEMAIRE S. (dir.), *La Fracture coloniale : la société française au prisme de l'héritage colonial*, La Découverte, Paris, p. 203-212.

HAMEL C., 2005, « De la racialisation du sexisme au sexisme identitaire », *Migrations société*, 99, p. 91-104.

HAMEL C., LHOMMEAU B., PAILHÉ A., SANTELLI E., 2010, « La formation du couple entre ici et là-bas », in BEACHEMIN C., HAMEL C., SIMON P. (dir.), *Trajectoire et Origines*, op. cit., p. 85-93.

HAMEL C., LHOMMEAU B., PAILHÉ A., SANTELLI E., 2016, « Former un couple en contexte multiculturel », in BEACHEMIN C., HAMEL C., SIMON P. (dir.), *Trajectoire et Origines*, op. cit., p. 291-322.

HERTRICH V., 2007, « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union », in LOCOH T. (dir.), *Genre et société en Afrique. Implications pour le développement*, Ined, Paris, p. 281-307.

ICHOU M., 2016, « Le Maroc, de l'émigration à l'immigration », in BEACHEMIN C., ICHOU M. (dir.), *Au-delà de la crise des migrants : décentrer le regard*, Katharla, Paris (Disputatio), p. 53-72.

KALMIJN M., 1993, « Trends in Black/White intermarriage », *Social Forces*, 72, 1, p. 119-146.

LARDOUX S., 2004, « Marital changes and fertility differences among women and men in urban and rural Mali », *African Population Studies*.

MARCOUX R., ANTOINE P., 2014, *Le Mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Presses de l'université du Québec, Québec.

MARCOUX R., PICHÉ V., 1998, « Crise, pauvreté et nuptialité à Bamako (Mali) », in GENDREAU F. (dir.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, ESTEM, Paris, p. 219-236.

MARSICANO E., LYDIÉ N. et BAJOS N., 2013, « "Migrants from over there" or "racial minority here" ? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture, health and sexuality*, 15, 7, p. 819-835.

MIGNOT J.-F., 2010, « L'écart d'âge entre conjoints », *Revue française de sociologie*, 51, 2, p. 281-320.

- MONGEAU J., NEILL G., LE BOURDAIS C., 2001, « Effet de la précarité économique sur la formation d'une première union au Canada », *Cahiers québécois de démographie*, 30, 1, p. 3-28.
- PARK R.E., BURGESS E.W. *et al.*, 1921, *Introduction to the Science of Sociology*, University of Chicago Press, Chicago.
- RAULT W., RÉGNIER-LOILIER A., 2015, « La première vie en couple : évolutions récentes », *Population et Sociétés*, 521, p. 1-4.
- REISS I. L., 1955, « The double standard in premarital sexual intercourse : a neglected concept », *Social Forces*, 34, p. 224.
- ROSSIER C., SAWADOGO N., SOUBEIGA A., 2013, « Sexualités prénuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou », *Population*, 68, 1, p. 97-122.
- SAFI M., 2008, « Inter-mariage et intégration : les disparités des taux d'exogamie des immigrés en France », *Population*, 63, 2, p. 267-298.
- SARDON J.-P., 1986, « Évolution de la nuptialité et de la divortialité en Europe depuis la fin des années 1960 », *Population*, 41, 3, p. 463-482.
- SINGLY F. DE, 2004, *Fortune et infortune de la femme mariée*, Presses universitaires de France, Paris, 225 p.
- SINGLY F. DE, 1982, « Mariage, dot scolaire et position sociale », *Économie et statistique*, 142, 1, p. 7-20.
- SKEGGS B., POULY M.-P., 2016, *Des femmes respectables*, Éditions Agone, Marseille.
- TABET P., 2004, *La Grande Arnaque : sexualité des femmes et échange economico-sexuel*, traduit par CONTÉRAS J., L'Harmattan, Paris.
- THERRIEN C., LE GALL J., 2012, « Nouvelles perspectives sur la mixité conjugale : le sujet et l'acteur au cœur de l'analyse », *Enfances, Familles, Générations*, 17, p. 1-20.
- TOPEN A., 2006, « Labour market integration experiences of immigrant women from Sub-Saharan Africa », Master of Arts in the Joint Women's Studies Programme at Saint Mary's University-Mount Saint Vincent University, Halifax, Nova Scotia.
- VARRO G., 2003, *Sociologie de la mixité : de la mixité amoureuse aux mixités sociales et culturelles*, Belin, Paris.
- WEBER S., 2006, « Liens intimes, liens utiles ? Les avatars de la sexualité au cours de trajectoires migratoires féminines », *Migrance*, 27, p. 48-59.

*Un système de protection sociale universaliste,
mais des barrières à l'accès aux soins
encore trop nombreuses¹*

Nicolas Vignier, Pierre Chauvin, Rosemary Dray-Spira

Bien que les données sur l'état de santé des immigrés en France soient rares et parfois divergentes, ces derniers seraient particulièrement exposés à certains problèmes de santé, dont les maladies infectieuses, les maladies cardiovasculaires et les pathologies psychiatriques (Berchet et Jusot, 2012 ; Hamel et Moisy, 2013). Leur prévention primaire et secondaire et leur prise en charge passent par une possibilité d'accès aux soins. Peu de données sont disponibles sur l'accès aux soins des immigrés en France, mais celles qui existent rapportent des inégalités dans cet accès (Berchet et Jusot, 2011).

L'accès à une couverture maladie est un des déterminants majeurs de l'accès aux soins des immigrés (Berchet, 2013 ; Maruthappu *et al.*, 2016). Le défaut de couverture maladie complémentaire et la précarité sociale augmentent le risque de renoncement aux soins pour raisons financières (Després *et al.*, 2011a). Le système de protection sociale est né en France après la Seconde Guerre mondiale sur les bases du programme du Conseil national de la Résistance (encadré 1). L'assurance maladie est la composante de protection contre le risque de maladie par la prise en charge financière des frais de santé de ses bénéficiaires. À l'origine liée à l'activité professionnelle, puis élargie aux ayants droit, elle donne en théorie droit à une couverture maladie pour le plus grand nombre (Nay *et al.*, 2016).

1 VIGNIER N., DESGRÉES DU LOÛ A., PANNETIER J., RAVALIHASY A., GOSSELIN A., LERT F., LYDIÉ N., BOUCHAUD O., DRAY-SPIRA R., et le PARCOURS STUDY GROUP, *Access to health insurance coverage among Sub-Saharan African migrants living in France : Results of the PARCOURS study* (article soumis).

ENCADRÉ 1. Repères historiques sur la protection maladie en France

Le système de protection sociale s'est construit en France dès le XVIII^e siècle autour des travailleurs ouvriers avec notamment des systèmes assurantiels et mutualistes. En parallèle, en 1893, est créée une Aide médicale pour la prise en charge des soins des personnes démunies.

La Sécurité sociale est construite en 1945 au lendemain de la Seconde Guerre mondiale sur la base du programme du Conseil national de la Résistance visant à apporter une protection sociale aux Français. L'article 1^{er} de la Constitution de 1946 institue « une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent ». Elle comprend une protection contre le risque maladie des travailleurs et de leurs ayants droit, qu'ils soient ou non étrangers, en situation régulière ou irrégulière. La couverture est obligatoire pour la population active. Les cotisations sont proportionnelles aux revenus. Le système est financé et co-administré par les salariés et les employeurs sous le contrôle de l'État. L'accès à la protection médicale pour tous, y compris par principe pour les étrangers en situation irrégulière, est garanti par le préambule de la Constitution du 4 octobre 1958. Il est aussi protégé par les différents accords et conventions signés par la France, notamment la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 octobre 1950.

Les prestations non couvertes par l'assurance maladie peuvent être prises en charge par des assurances privées à but lucratif ou non lucratif (mutuelles).

En 1993, une loi conditionne l'accès à un régime obligatoire de sécurité sociale à l'obligation d'un séjour régulier. Les étrangers en situation irrégulière exerçant une activité professionnelle se retrouvent alors exclus de l'assurance maladie. Pour les personnes inactives et pour les personnes étrangères en situation irrégulière, seule l'Aide médicale est alors susceptible de permettre l'accès aux soins, au cas par cas et de façon variable selon les départements.

En 1998, la loi de lutte contre les exclusions crée les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux, afin d'assurer un accès aux droits et aux soins des personnes démunies sans couverture maladie établie. C'est la même année que, sous la pression associative, principalement des associations de lutte contre le sida, une loi reconnaît le droit au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France et « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Le chemin vers l'universalité de l'accès aux soins fait un pas en avant avec la loi du 28 juillet 1999 mettant en place la Couverture maladie universelle (CMU),

qui permet d'offrir une couverture maladie de base à toute personne résidant de manière stable et régulière en France, et une couverture maladie complémentaire publique pour les personnes en dessous d'un certain plafond de revenus (la CMU complémentaire, ou CMUc). Ainsi, tous les résidents, actifs ou non, sont couverts par une assurance reposant sur la solidarité nationale. En parallèle est mise en place l'Aide médicale d'État (AME) couvrant les soins des étrangers en situation irrégulière ayant de faibles ressources, et qui sont exclus de la CMU par la condition de régularité du séjour. L'AME, régulièrement contestée dans le débat politique sur l'immigration, a fait l'objet depuis de nombreuses réformes (instauration d'un ticket d'entrée, restriction du panier de soins, instauration d'un délai de résidence de plus de trois mois, etc.). Concomitamment est créé le Dispositif soins urgents et vitaux (DSUV) qui finance les soins hospitaliers fournis en urgence à une personne malade ne remplissant pas les conditions pour bénéficier d'une prise en charge notamment au titre de l'AME.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes ne pouvant bénéficier de la CMU complémentaire, car elles sont juste au-dessus du plafond de ressources, peuvent bénéficier d'une Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Elle consiste en une aide financière pour contracter une complémentaire santé sur le marché, mais reste peu utilisée par ceux qui en ont le droit.

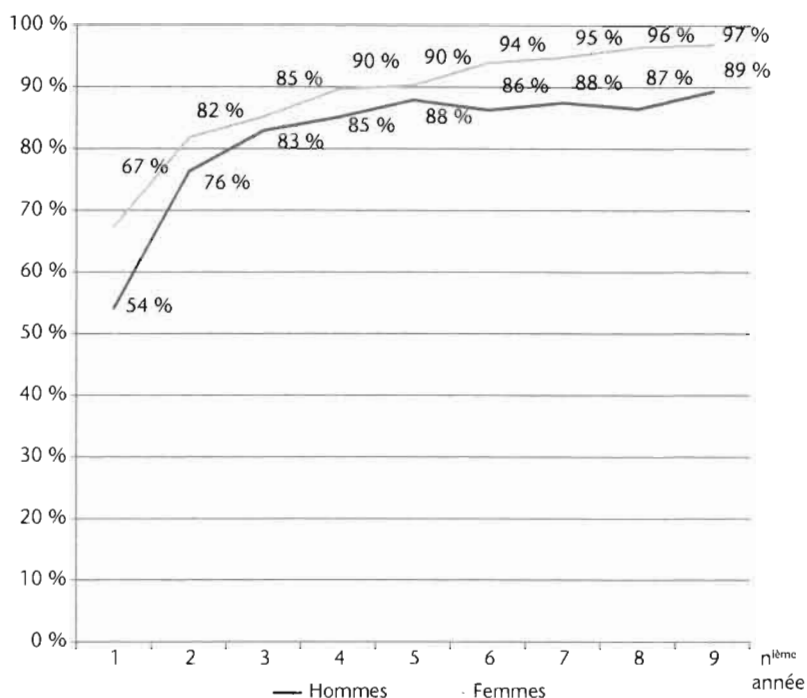
Depuis 2016, le système a changé avec la réforme de la Protection universelle maladie (PUMa) qui a intégré la CMU de base à l'assurance maladie. La CMU complémentaire, l'ACS, l'AME et le DSUV restent en application.

L'ambition d'une couverture universelle du risque maladie a fait un pas en avant en 1999 avec la réforme introduisant la Couverture maladie universelle (CMU) et la mise en place en parallèle de l'Aide médicale d'État (AME) dans le cadre de la loi de lutte contre l'exclusion. Pour autant, plusieurs associations et un rapport récent du Défenseur des droits pointent les difficultés rencontrées pour faire appliquer ce droit dans un système complexe avec la multiplication de barrières administratives, ainsi que des restrictions dans l'accès aux soins (Chappuis, Tomasino et Didier, 2014 ; Fonds CMU, 2014 ; Le Défenseur des droits, 2016).

Qu'en est-il de l'accès effectif des immigrés subsahariens à une couverture maladie et aux soins après leur arrivée en France ? Est-ce que certains renoncent à se soigner ou se voient refuser une prise en charge ? La réforme posant le principe d'une assurance universelle à travers la CMU a-t-elle vraiment amélioré l'accès aux soins des immigrés en France ?

Ce chapitre tente de répondre à ces interrogations en s'appuyant sur les données biographiques du groupe de référence de l'enquête Parcours. Il décrit l'accès à une couverture maladie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne après leur arrivée en France ainsi que les difficultés d'accès aux soins dans cette population.

FIGURE 1. Taux de couverture maladie chaque année après l'arrivée en France, en fonction du sexe



Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans et interrogés dans un centre de santé en Île-de-France – 349 hommes et 396 femmes).

Lecture : 67 % des femmes disposaient d'une couverture maladie l'année de leur arrivée en France.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Accès à une couverture maladie après l'arrivée en France

Un accès relativement rapide à une première couverture maladie

La majorité des répondants ont accédé à une couverture maladie, quelle qu'elle soit, au cours de la première année en France : au total, 54 % des hommes et 67 % des femmes ont obtenu une couverture maladie l'année de leur arrivée en France. Ce pourcentage monte à 76 % et 82 % la deuxième année. La proportion de personnes disposant d'une couverture maladie année après année après l'arrivée en France est présentée dans la figure 1.

ENCADRÉ 2. Indicateurs utilisés

Les indicateurs utilisés au long de ce chapitre sont les suivants :

– *L'acquisition d'une couverture maladie après l'arrivée en France.* Les participants étaient interrogés de la manière suivante à l'aide de la grille biographique : « Depuis votre (1^{re}) arrivée en France, avez-vous eu une couverture maladie : Sécurité sociale, ou CMU, ou AME... ? 1. Oui, 2. Non, Si Oui, à partir de quelle année avez-vous eu une couverture maladie ? Par la suite, y a-t-il eu des périodes d'au moins un an où vous n'avez plus eu de couverture maladie ? »

– *La couverture maladie des participants au moment de l'enquête.* Les questions étaient les suivantes : « Et aujourd'hui quel type de protection maladie avez-vous ? 1. Sécurité sociale, 2. CMU (Couverture maladie universelle), 3. AME (Aide médicale d'État), 4. Pas de protection maladie, 5. Autre. Avez-vous aujourd'hui une mutuelle santé/ une assurance complémentaire santé ? 1. Oui, 2. Non. Êtes-vous actuellement couvert(e) à 100 % pour une affection de longue durée (ALD) ? 1. Oui, 2. Non. »

– *Le renoncement aux soins.* La question sur le renoncement aux soins était posée de la manière suivante : « Nous allons maintenant parler des problèmes que vous avez pu rencontrer dans les structures de soins : depuis que vous êtes arrivé(e) en France, vous est-il arrivé(e) de ne pas aller consulter un médecin ou un dentiste alors que vous en aviez besoin à ce moment-là ? 1. Oui une fois, 2. Oui plusieurs fois, 3. Non. » Les personnes ayant répondu Oui étaient ensuite interrogées sur les raisons du renoncement (plusieurs réponses possibles, question ouverte).

– *Le refus de soins.* Les questions étaient posées de la manière suivante : « Est-il arrivé qu'on refuse de vous soigner ou de vous délivrer des médicaments ? a) chez un médecin 1. Oui, 2. Non, b) à l'hôpital 1. Oui, 2. Non, c) dans une pharmacie 1. Oui, 2. Non. » Les personnes ayant répondu Oui à une des questions étaient ensuite interrogées sur les raisons du refus de soins (plusieurs réponses possibles, question ouverte).

L'acquisition d'une première couverture maladie est donc rapide après l'arrivée en France pour la majorité des participants. Ceci illustre le rôle positif du principe légal d'universalité de la couverture maladie pour les personnes résidant de manière stable en France, y compris celles en situation irrégulière. La qualité du système de protection sociale français pour l'accès aux soins des immigrés a d'ailleurs été soulignée dans une étude comparative des systèmes européens (Cuadra, 2011). Cependant une proportion non négligeable (une personne sur six) ne disposait toujours pas d'une couverture maladie trois ans après l'arrivée. Nous avons donc cherché à comprendre les déterminants de l'obtention d'une couverture maladie et à décrire les participants qui rencontraient un retard dans l'ouverture effective de leurs droits en termes d'assurance maladie.

Tableau 1. Facteurs associés à l'acquisition d'une couverture maladie
année après année après l'arrivée en France

Variables explicatives	Hommes	Femmes
	ORa	ORa
Période d'arrivée		
1972-1999	Réf.	Réf.
2000-2013	2,5*	2,6*
Âge à l'arrivée en France		
7-24 ans	1,9	0,6
25-29 ans	1,3	1,3
30-60 ans	Réf.	Réf.
Niveau d'éducation à l'arrivée		
Primaire ou moins	Réf.	Réf.
Secondaire	0,4	1,2
Supérieur	1,6	1,7
Raison de la venue en France		
Trouver du travail/tenter sa chance	0,6	0,2*
Raisons familiales	Réf.	Réf.
Menacé.e dans son pays	0,6	1,1
Raisons de santé	1	0,6
Situation administrative		
Pas de titre de séjour	0,1***	0,1***
Carte de séjour temporaire ou autorisation provisoire de séjour	0,5	0,6
Carte de résident	Réf.	Réf.
Nationalité française	1,10	1,20
Logement		
Personnel	Réf.	Réf.
Hébergé par la famille ou l'entourage	0,4**	0,3**
Structure collective ou associative	1,6	0,3
Foyer	0,5	0,6
Instabilité résidentielle	0,5	0,3
Activité		
Actif	Réf.	Réf.
Inactif	0,5*	0,4**
Étudiant	0,8	0,6
Grossesse		
Oui	/	1,9*
Non	/	Réf.

Variables explicatives	Hommes	Femmes
	ORa	ORa
Hospitalisation		
Oui	2,1	3,2*
Non	Réf.	Réf.

Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France).

Lecture : les hommes avaient significativement moins de chance d'avoir accédé à une couverture maladie les années durant lesquelles ils étaient sans titre de séjour (odds ratio ajusté égal à 0,1).

Note : l'analyse repose sur une régression logistique à temps discret tenant compte du temps et a porté sur 344 hommes qui correspondent à 4 137 personnes-années à risque (PAR) et 385 femmes cumulant 4 936 PAR.

Légende : ORa, odds ratios ajustés sur le temps et les covariables ; *p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001 ; Réf. : situation de référence ; °Variables variant avec le temps (une valeur chaque année).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

L'acquisition d'une couverture maladie altérée par des situations sociales dégradées

Les facteurs associés à l'obtention d'une couverture maladie ont été analysés année après année. L'analyse a été stratifiée par sexe (tableau 1). À ancienneté depuis l'arrivée égale, les femmes avaient plus de chances que les hommes d'avoir obtenu une couverture maladie.

Cette analyse indique que l'accès à une couverture maladie après l'arrivée en France est plus rapide depuis les années 2000. Ceci est très probablement lié à la réforme CMU et à la création de l'AME visant l'universalité de la protection maladie, qui ont eu un effet positif sur l'accès à une couverture maladie des immigrés subsahariens.

Cependant, si ces droits ont un effet positif, plusieurs freins à l'obtention de cette couverture persistent. Les chances d'obtenir une couverture maladie sont plus faibles sans titre de séjour. Ainsi, malgré l'existence d'aides sociales avant 2000 pour les personnes en situation irrégulière et la mise en place de l'AME ensuite, certains immigrés éligibles n'accédaient pas à ces aides, soit du fait d'une méconnaissance des dispositifs ou parce que les soins ne constituaient pas pour eux une priorité, soit en raison des obstacles pour y accéder (André et Azzedine, 2016 ; Duguet et Bévière, 2011 ; Granier, s.d.). Dans le rapport 2015 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France, Médecins du Monde constate que, parmi les consultants de ses centres qui n'avaient pas de couverture maladie, plus des trois quarts y étaient éligibles. Les obstacles identifiés

tiennent principalement à la complexité des démarches, mais également à des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires, etc.) et/ou des dysfonctionnements administratifs (délais, etc.) (Chappuis, Tomasino et Didier, 2016). Ces barrières ont été récemment dénoncées par le Défenseur des droits (Le Défenseur des droits, 2016).

Le fait d'être hébergé chez un tiers et l'absence d'activité professionnelle constituent également des freins à l'obtention d'une couverture maladie. Il est intéressant de relever que les circonstances d'arrivée en France et les motifs d'immigration jouent également un rôle. Ainsi, le fait d'avoir émigré vers la France en raison de menaces limite l'accès à une couverture maladie. Au-delà du droit au séjour, d'autres facteurs de vulnérabilité sociale semblent donc être des barrières à l'accès à une couverture maladie. Ces constats sont d'autant plus inquiétants que la période de précarité vécue par les immigrés après leur arrivée en France s'allonge (Gosselin *et al.*, 2016).

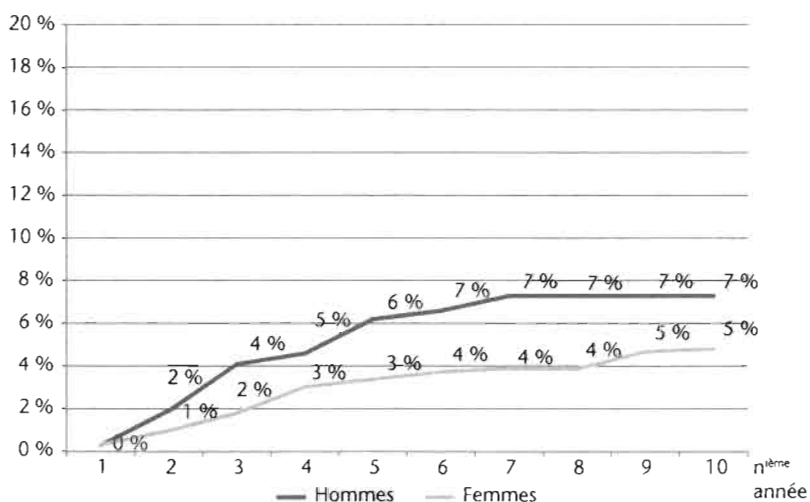
À l'inverse, les femmes obtiennent rapidement une couverture maladie. Ceci peut être dû à leur plus grande proximité avec le système de soins, pour elles-mêmes (par exemple au cours de leurs grossesses) ou pour leurs enfants. Dans les faits, l'accompagnement social disponible dans les structures de soins joue sans doute efficacement son rôle. On pourrait en revanche souhaiter que cette ouverture de droits survienne en amont du besoin de soins, permettant ainsi l'accès à la prévention et au dépistage précoce de certaines pathologies asymptomatiques comme les infections virales et parasitaires, les pathologies cancéreuses ou les maladies cardiovasculaires.

Des ruptures de couverture en lien avec la perte du droit au séjour

Perdre sa couverture maladie

Entre l'obtention d'une première couverture maladie et l'enquête, 8 % des hommes et 5 % des femmes ont eu une rupture de couverture maladie d'au moins un an (figure 2). La première rupture survient dans un délai médian d'une année et demie pour les hommes (intervalle interquartile (IIQ) [1-3]) et de deux années pour les femmes (IIQ [1-5]).

FIGURE 2. Rupture de couverture maladie après en avoir obtenu une



Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés originaires d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France – 349 hommes et 396 femmes).

Lecture : la 3^e année après avoir obtenu une première couverture maladie, 2 % des femmes et 4 % des hommes avaient eu une rupture de couverture pendant une année ou plus.

Note : les pourcentages correspondent à une incidence cumulée.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

L'absence de droit au séjour comme principal déterminant des ruptures

Les facteurs associés à la perte d'une couverture maladie pendant au moins une année ont été analysés année après année, chez les hommes et chez les femmes (tableau 2). La perte de l'affiliation à l'assurance maladie ne diffère pas statistiquement entre hommes et femmes.

Pour les deux sexes, le principal déterminant des ruptures de couverture maladie est l'absence de titre au séjour. Dans 40 % des cas, celle-ci était la conséquence de l'arrivée à son terme d'une autorisation ou d'un titre de séjour temporaire. Ainsi, malgré l'existence théorique d'un dispositif d'assurance pour les immigrés sans droit au séjour, l'interruption de droit au séjour reste un facteur de rupture de couverture maladie. En effet, la transition entre l'assurance maladie et l'AME ne se fait pas automatiquement. Elle nécessite que la personne en fasse la demande, ce qui relève parfois du parcours du combattant. L'AME n'est valable qu'un an. Ainsi, pour ne pas connaître d'interruption, il faut demander son renouvellement au moins deux mois avant son échéance. Si les personnes changent de statut,

Tableau 2. Facteurs associés à la perte d'une couverture maladie année après année dans les quatorze années qui suivent son obtention

Variables explicatives	Hommes	Femmes
	ORa	ORa
Âge à l'arrivée en France		
7-24 ans	0,4	2,9
25-29 ans	1,2	0,9
30-60 ans	Réf.	Réf.
Raison de la venue en France		
Trouver du travail/tenter sa chance	0,4	7,1
Raisons familiales	Réf.	Réf.
Menacé.e dans son pays	0,6	22,4**
Médicale	–	2,1
Situation administrative°		
Absence ou perte de titre de séjour	9,2***	12,2***
Titre de séjour ou nationalité	Réf.	Réf.
Logement instable°		
Oui	3,6*	1
Non	Réf.	Réf.
Activité°		
Actif	Réf.	Réf.
Inactif	0,3	25,2***
Étudiant	0,9	22,1**

Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France).

Lecture : les hommes avaient significativement plus de chances d'avoir perdu leur couverture maladie les années sans titre de séjour (odds ratio ajusté égal à 9,2).

Note : l'analyse repose sur une régression logistique à temps discret tenant compte du temps et a porté sur 287 hommes qui correspondent à 2 277 personnes-années à risque (PAR) et 347 femmes cumulant 3 045 PAR. L'analyse a porté au maximum sur les 14 années qui ont suivi l'obtention d'une couverture.

Légende : ORa : odds ratios ajustés sur le temps et les covariables ; *p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001 ; Réf. : situation de référence ; °variables variant avec le temps (une valeur chaque année).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

de résidence ou de revenus entre-temps, les démarches doivent être entièrement reprises (puisqu'elles ne relèvent alors plus du même dispositif).

Les ruptures de couverture maladie étaient également plus fréquentes chez les femmes venues en France parce qu'elles étaient menacées dans leur pays d'origine. Ces femmes sont souvent plus vulnérables que les autres, avec moins d'attaches en France que les autres femmes immigrées.

Par ailleurs, les ruptures étaient plus souvent enregistrées les années où les femmes étaient étudiantes ou inactives, ce qui peut être aussi en lien avec des changements de statut et les difficultés de continuité d'assurance quand les droits et les dispositifs dont elles relevaient changeaient. Pour les hommes, le seul facteur associé en plus de l'absence de titre de séjour est l'instabilité du logement. Ainsi, ce sont les années où les personnes sont particulièrement vulnérables qu'elles perdent leur assurance maladie, ce qui peut laisser craindre des conséquences négatives sur leur accès aux soins et leur santé.

Des couvertures maladie diversifiées et incomplètes

Au-delà du délai à l'acquisition d'une couverture maladie, il est intéressant de décrire les types de couverture maladie au moment de l'enquête. Les différents types de couverture maladie disponibles au moment de l'enquête et les conditions pour en bénéficier sont rappelés dans l'encadré 3.

Une part importante de la couverture maladie tient à la CMU et à l'AME

Disposer d'une couverture maladie complémentaire est nécessaire pour lever significativement les obstacles financiers d'accès aux soins (mais pas toujours complètement, selon la qualité de la complémentaire souscrite). Le type de couverture maladie des répondants au moment de l'enquête est présenté dans le tableau 3.

Au moment de l'enquête, la plupart des participants (90 %) disposaient d'une couverture maladie de base. Bien que ce taux soit élevé, *a contrario* une personne en soins sur dix n'avait aucune couverture maladie au moment de l'enquête. Les hommes étaient plus souvent dans cette situation que les femmes. Les personnes sans couverture maladie étaient plus représentées parmi les personnes en situation précaire, chez celles arrivées en France depuis moins de deux ans ou entre trois et cinq ans que parmi celles arrivées depuis plus de cinq ans (44 %, 16 % et 2 % sans couverture maladie respectivement), ainsi que parmi les personnes sans titre de séjour au moment de l'enquête (40 % vs 4 % chez celles ayant un titre de séjour). On retrouve bien, au moment de l'enquête, les mêmes déterminants que ceux qui expliquent le premier accès à une couverture maladie, présentés en première partie. Cette absence de couverture maladie explique sans doute le moindre recours au médecin généraliste chez les immigrés comme le montre l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) (Berchet, 2013).

ENCADRÉ 3. Différents dispositifs de prise en charge des soins existant en France au moment de l'enquête (2012-2013)

Couvertures maladie de base		Couvertures maladie complémentaires	
Nom	Conditions	Nom	Conditions
Assurance maladie hors CMU ¹	<i>Vivre en France de manière stable et régulière et travailler, étudier, être au chômage ou être ayant droit d'une personne assurée (y compris les étrangers répondant à ces critères).</i>	Assurances privées, mutuelles et Instituts de prévoyance	<i>Être affilié à l'assurance maladie. L'affiliation y est volontaire et payante. Certains assurés juste au-dessus du plafond de ressources de la CMUc peuvent bénéficier d'une Aide à la complémentaire santé (ACS) pour souscrire un de ces contrats.</i>
Affiliation à l'assurance maladie via la Couverture maladie universelle dite de base (CMU) ²	<i>Vivre en France de manière stable et régulière et ne pas pouvoir prétendre à l'assurance maladie au titre du travail, des études ou comme ayant droit (y compris demandeur d'asile).</i>	Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)	<i>Vivre de manière stable et régulière en France, être affilié à l'AM ou à la CMU de base. Elle est gratuite, mais sous conditions de ressources (avoir des revenus annuels inférieurs à un plafond déterminé).</i>
Aide médicale d'État (AME) ³			<i>Être étranger en situation irrégulière, vivre en France de manière stable depuis plus de 3 mois et avoir de faibles ressources (même seuil que pour la CMUc). Elle est gratuite.</i>

Couvertures maladie de base	Couvertures maladie complémentaires
Nom	Conditions
Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV)	<i>Permet le règlement des soins hospitaliers « urgents et vitaux » administrés à un étranger ne relevant pas d'une autre couverture maladie⁴. Il ne constitue pas une couverture maladie.</i>
Pour les personnes ne disposant d'aucune couverture maladie, des soins ambulatoires peuvent être prodigués gratuitement dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en milieu hospitalier ou dans certaines consultations associatives.	
<p>1. L'assurance maladie correspond à la branche maladie de la Sécurité sociale. Elle regroupe le régime général de la Sécurité sociale, le régime des indépendants, la Mutualité sociale agricole, à côté desquels existent quelques régimes minoritaires ;</p> <p>2. La CMU dite de base est une porte d'entrée dans l'assurance maladie sur critère de résidence plutôt qu'une couverture à part entière. Depuis 2016, la CMU de base a été intégrée à l'assurance maladie dans le cadre de la réforme PUMa ;</p> <p>3. L'AME est une aide sociale. Elle ne donne pas le droit à la carte Vitale ;</p> <p>4. À l'exception de la période durant laquelle la personne est sous visa.</p>	

Près d'une personne interrogée sur cinq déclarait être bénéficiaire de la CMU au moment de l'enquête, sans que l'on puisse distinguer de façon sûre s'il s'agissait de la CMU de base ou de la CMU complémentaire, qui sont souvent confondues par les bénéficiaires eux-mêmes. La CMU telle que déclarée était plus fréquente chez les personnes arrivées en France depuis moins de cinq ans (33 %), chez celles ayant migré, car elles étaient menacées dans leur pays d'origine (38 %), ayant un titre de séjour court (autorisation provisoire ou carte temporaire) (38 %), hébergées chez un proche ou une connaissance (30 %) ou ayant un logement instable (36 %), au chômage ou inactives (35 %) ou étudiantes au moment de l'enquête (32 %). La CMU remplit donc bien pour les immigrés africains sa fonction de couverture des personnes les plus modestes.

Par ailleurs, 6 % des femmes et 11 % des hommes étaient bénéficiaires de l'AME au moment de l'enquête, la majorité en situation irrégulière comme attendu. Dans l'enquête Trajectoires et Origines (TeO) de l'Ined, 6 % des hommes et 12 % des femmes parmi les immigrés étaient bénéficiaires de la CMU ou de l'AME contre respectivement 3 % et 5 % au sein de la population majoritaire (Hamel et Moisy, 2013).

Tableau 3. Couverture maladie au moment de l'enquête en fonction du sexe

	Hommes	Femmes	
	%	%	p
Couverture maladie de base			
	(N = 356)	(N = 407)	
Assurance maladie	55 %	64 %	
CMU	20 %	23 %	**
AME	11 %	6 %	
Aucune	14 %	7 %	
Couverture maladie complémentaire parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie			
	(N = 171)	(N = 229)	
	68 %	72 %	n.s.
Prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection longue durée parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie			
	(N = 171)	(N = 229)	
	27 %	24 %	n.s.
Prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection longue durée parmi les bénéficiaires de la CMU			
	(N = 50)	(N = 83)	
	18 %	33 %	n.s.

Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France).

Lecture : au moment de l'enquête, 55 % des hommes étaient couverts par le régime de base de l'assurance maladie (hors CMU).

Note : les pourcentages sont pondérés. Les pourcentages ont été comparés à l'aide d'un test du Chi deux.

Légende : p : **p < 0,01 ; n.s. : différence non significative.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Les personnes affiliées à l'AME étaient souvent hébergées par des proches, en foyer ou en situation d'instabilité résidentielle. Ils étaient arrivés en France en médiane depuis quatre ans. Cependant un sur quatre était en France depuis dix ans ou plus, ce qui souligne la prolongation des périodes de précarité administrative pour une partie des immigrés subsahariens comme présenté dans le chapitre 1 (Gosselin *et al.*, 2016).

Un faible taux de couverture maladie complémentaire

Parmi les bénéficiaires de la couverture maladie, 30 % n'étaient pas couverts par une complémentaire santé (tableau 3). Sous l'hypothèse que les personnes bénéficiaires de la CMU soient toutes bénéficiaires de la CMUc, le taux de non-couverture complémentaire serait alors de 22 % (parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie et de la CMU).

L'absence de couverture maladie complémentaire est un déterminant important de la sous-consommation de soins et de renoncement aux soins (Buchmueller *et al.*, 2004 ; Després *et al.*, 2011a). Ce non-recours est bien supérieur à celui de la population générale, estimé à 5 % dans l'enquête ESPS en 2012 (Céant *et al.*, 2014). Il était très supérieur parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne à celui de la population majoritaire dans l'enquête TeO (27 % des hommes et 30 % des femmes contre respectivement 6 % et 5 % dans la population majoritaire) (Hamel et Moisy, 2013).

Les proportions rapportées ici doivent être interprétées avec prudence, car l'enquête Parcours a été menée dans des services de santé, donc les personnes qui ne se rendent jamais dans des structures de soins, soit parce qu'elles ne sont jamais malades, soit parce qu'elles n'ont pas accès aux soins, n'ont pas participé à l'étude. Ainsi, le niveau de couverture maladie de l'ensemble des personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne pourrait être plus faible que celui observé si effectivement les personnes sans couverture maladie se tiennent à l'écart du soin. Cependant, l'enquête était menée aussi dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les consultations associatives, qui reçoivent les personnes sans couverture maladie, ce qui a limité sans doute ce biais (on pourra se reporter au chapitre 12 pour une comparaison entre les consultants de ces structures d'accès aux soins et ceux des services de santé classiques). Persiste cependant le biais lié à la sélection de personnes ayant un problème de santé, inhérent aux enquêtes conduites en patientèles. Il est cependant lui aussi limité par le fait que l'on puisse venir en structures de santé pour des besoins de prévention (contraception, vaccin) ou administratifs (délivrance de certificats) sans pour autant être malade. Notons pour terminer que l'enquête ne porte pas sur les immigrés âgés.

La fréquence du renoncement aux soins

Des renoncements aux soins principalement pour raisons financières

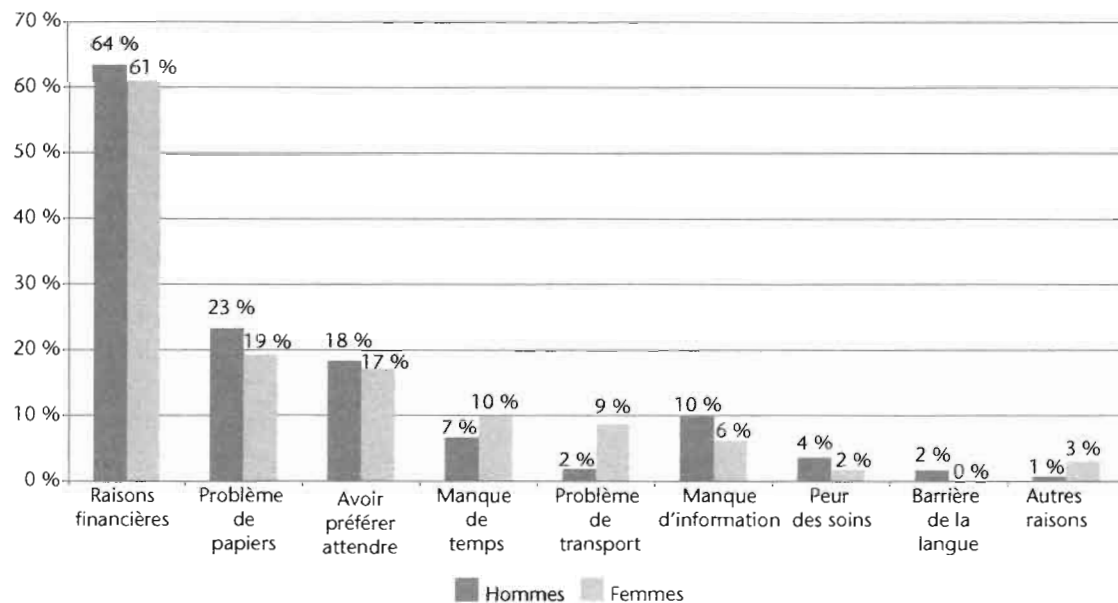
Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit (Després *et al.*, 2011b). Les hommes étaient 38 % à rapporter avoir déjà renoncé à des soins chez le médecin ou le dentiste depuis leur arrivée en France (33 % plusieurs fois). Parmi les femmes, 34 % rapportaient avoir déjà renoncé à des soins (27 % plusieurs fois). Les motifs du renoncement aux soins étaient en premier lieu des raisons financières, suivies des problèmes de papiers et d'avoir préféré « attendre que cela passe » (figure 3).

Des renoncements aux soins en lien avec des périodes sans couverture maladie

Ainsi un homme sur quatre et une femme sur cinq a dû renoncer à des soins pour raisons financières depuis son arrivée en France. Cette proportion est similaire quelle que soit l'ancienneté de l'arrivée en France. Ce type de renoncement aux soins est plus fréquemment rapporté parmi les personnes ayant vécu au moins une année sans couverture maladie (31 % vs 16 %) ou sans titre de séjour (27 % vs 18 %).

Dans l'enquête ESPS 2010, 15 % des répondants affiliés à l'assurance maladie ou à la CMU déclaraient avoir renoncé à des soins pour raisons financières dans l'année (Dourgnon, Guillaume et Rochereau, 2012). Logiquement cette proportion était plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUc et parmi ceux non protégés par une couverture complémentaire (20 % et 33 % respectivement). D'autres études réalisées en France confirment cette fréquence élevée du renoncement aux soins parmi les immigrés, notamment ceux originaires d'Afrique subsaharienne (Hamel et Moisy, 2013), et parmi ceux qui sont bénéficiaires de l'AME (taux de renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois de 25 %) (Boisguérin et Hauray, 2008). On ne peut pas comparer directement ces chiffres avec ceux de l'enquête Parcours qui portent sur toute la durée du séjour depuis l'arrivée en France et sur l'ensemble des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne indépendamment de leur affiliation à l'AM ou à la CMU. Cependant tous ces chiffres sont proches et montrent que le taux de renoncement aux soins chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en France est relativement élevé, et l'étude Parcours montre son lien avec des difficultés financières ou administratives.

FIGURE 3. Motifs de renoncement aux soins depuis l'arrivée en France



Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés originaires d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France ayant déclaré avoir renoncé à des soins depuis leur arrivée en France – 125 hommes et 136 femmes).

Lecture : parmi les hommes ayant déclaré avoir renoncé à des soins depuis leur arrivée en France, 64 % rapportent que cela était pour des raisons financières.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Des refus de soins peu fréquents

Des refus de soins en lien avec le refus de la CMU ou de l'AME

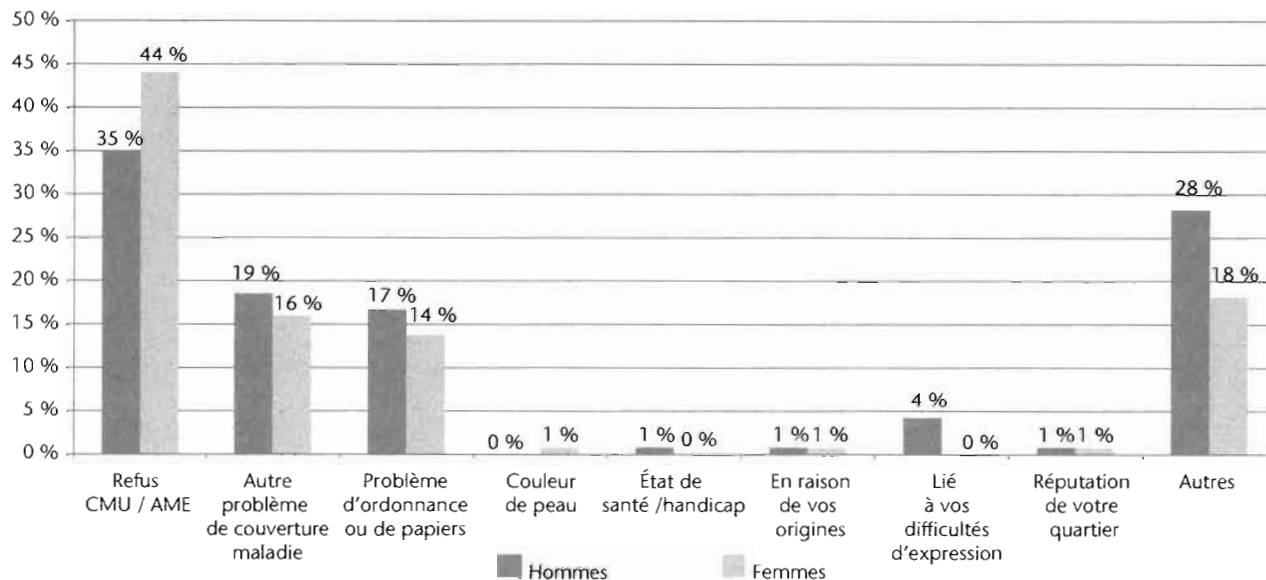
Les hommes sont 6 % à rapporter s'être vu refuser des soins en France (3 % chez un médecin, 2 % à l'hôpital et 2 % dans une pharmacie). Les femmes sont également 6 % à avoir fait face à ce type de refus (4 % chez un médecin, 1 % à l'hôpital et 3 % dans une pharmacie). Les motifs déclarés du refus de soins étaient en premier lieu le fait d'être bénéficiaire de la CMU ou de l'AME, suivi d'autres problèmes de couverture maladie et de problèmes d'ordonnance ou de papiers (figure 4). Dans l'enquête TeO, un refus de soins était rapporté par 15 % des répondants, sans différence entre les immigrés et la population majoritaire, laissant penser que c'est plutôt le statut de bénéficiaire de la CMU que celui d'immigré qui jouait dans ces discriminations (Hamel et Moisy, 2013).

Des refus de soins plus fréquents chez les consultants en situation de précarité

Le taux de déclaration de refus de soins ne variait pas avec la durée du séjour en France. En revanche, l'expérience d'un refus de soins a été plus fréquemment rapportée par les personnes venues en France, car elles étaient menacées dans leur pays d'origine (11 % contre 5 % pour les autres) ainsi que par celles ayant déjà vécu au moins un an sans logement stable depuis leur arrivée en France (11 % contre 4 % des autres) ou sans couverture maladie (9 % contre 4 % des autres). Le refus de soins depuis l'arrivée en France est rapporté par 6 % des répondants sans couverture maladie au moment de l'enquête, 4 % des bénéficiaires de l'assurance maladie, 10 % de ceux couverts par la CMU et 9 % de ceux bénéficiant de l'AME, ce qui corrobore les résultats de la figure précédente.

Au total, l'expérience d'un refus de soins est donc peu fréquente parmi les immigrés en soins (6 %) et le plus souvent en lien avec un refus de la CMU ou de l'AME. À Paris, en 2009, environ un quart des demandes de rendez-vous médicaux ont été refusés au motif que la personne était bénéficiaire de la CMU (Després, Guillaume et Couralet, 2009). En ce qui concerne l'AME, ce sont près de deux médecins généralistes sur cinq qui refusent de donner un rendez-vous à un patient bénéficiant de l'AME, d'après une enquête de Médecins du Monde (Médecins du Monde, Simonnot et Drouot, 2006). La même tendance est retrouvée dans une enquête déclarative auprès de 3 000 bénéficiaires de la CMU en 2003, 15 % déclarant avoir déjà subi un refus de soins (7 % chez le spécialiste, 6 % chez le dentiste et 2 % chez le généraliste) (Boisguérin, 2004).

FIGURE 4. Motifs de refus de soins depuis l'arrivée en France



Champ : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Île-de-France ayant déclaré s'être vu refuser des soins depuis leur arrivée en France – 30 hommes et 29 femmes).

Lecture : parmi les hommes ayant déclaré s'être vu refuser des soins depuis leur arrivée en France, dans 35 % des cas cela était en lien avec un refus de CMU ou d'AME (soit 2 % des hommes).

Note : la catégorie « Autres » regroupe : les problèmes d'argent, la mauvaise expérience du système de soins, les demandes considérées comme non légitimes.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Les raisons mises en avant par les praticiens pratiquant ces refus (qui sont interdits) sont liées aux délais de rémunération des actes délivrés aux bénéficiaires de l'AME et à l'interdiction pour le praticien de pratiquer des dépassements d'honoraires (Le Défenseur des droits, 2014). La mauvaise connaissance de la population des bénéficiaires de la CMU et l'accent mis sur les quelques « abus » constatés (ou du moins jugés comme tels) contribuent également à considérer les bénéficiaires comme illégitimes (Després, 2010). À noter que les personnes n'étaient pas interrogées sur le refus de soins chez un dentiste ou chez certains spécialistes, praticiens chez lesquels les refus sont particulièrement fréquents (Després et Naiditch, 2006).

Conclusion

Les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France accèdent rapidement à une couverture maladie après leur arrivée en France. Ceci est d'autant plus vrai que les personnes sont arrivées dans les années 2000, années faisant suite à la mise en place de la CMU et de l'AME. Dans certaines situations comme la grossesse, les dispositifs sociaux et sanitaires semblent jouer un rôle d'accélérateur dans l'accès aux droits.

L'absence ou la perte d'un titre de séjour, à l'inverse, restent des obstacles à l'obtention et à la continuité d'une couverture maladie malgré l'existence de l'Aide médicale d'État. De plus, la faiblesse de la couverture complémentaire est un facteur de renoncement aux soins : plus d'un répondant sur trois rapporte avoir déjà renoncé à se soigner, le plus souvent pour des raisons financières. Dans une population ayant des revenus faibles, les barrières financières à l'accès aux soins restent donc encore trop fréquentes. Ce constat est aggravé par des refus de prise en charge par certains professionnels de santé, peu fréquents, mais préoccupants car, en discriminant les personnes affiliées à la CMU ou l'AME, ils discriminent les plus précaires. Il persiste donc des périodes de vie où certains immigrés ont un accès aux soins insuffisant.

Les liens établis ici entre accès aux droits, accès aux soins et situations de précarité peuvent être à l'origine d'inégalités sociales de recours aux soins *parmi* ces immigrés en région parisienne et *entre* ces immigrés et le reste de la population (comme cela a été démontré par d'autres enquêtes franciliennes) (Hamel et Moisy, 2013 ; Rondet *et al.*, 2014). Dans une région qui compte 17 % d'immigrés, ces problématiques méritent d'être prises en compte si l'on souhaite limiter les inégalités sociales de recours aux soins de la population en général. Les obstacles dans l'accès aux droits et aux soins préventifs et curatifs ont non seulement des conséquences pour la santé

de l'individu, mais aussi un coût social augmenté en cas de détérioration de l'état de santé (FRA-European Union Agency for Fundamental Rights, 2015 ; Kraft *et al.*, 2009). Il est donc important de défendre le système français construit pour permettre l'accès aux soins universel, répondre à des impératifs d'équité et de justice sociale, de sécurité sanitaire et de maîtrise des coûts et dépenses publiques de santé. En particulier, malgré des remises en cause récurrentes, les évaluations de l'AME ont toujours conclu à son efficacité et mis en avant ses bénéfices pour la collectivité (Cordier et Salas, 2010). Représentant une partie limitée des dépenses publiques de santé, la CMU comme l'AME permettent l'accès aux soins de personnes particulièrement vulnérables du fait de leur précarité sociale et/ou administrative.

Bibliographie

- ANDRÉ J.-M., AZZEDINE F., 2016, « Access to healthcare for undocumented migrants in France : a critical examination of State Medical Assistance », *Public Health Reviews*, 37, 1.
- BERCHET C., 2013, « Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, p. S69-S79.
- BERCHET C., JUSOT F., 2012, « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, 172, janvier.
- BERCHET C., JUSOT F., 2011, « Immigration and health care utilisation in France : new evidence from Health Care and Insurance Survey », *Institute for Research and Information in Health Economics*.
- BOISGUÉRIN B., 2004, « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU », *Études et Résultats*, 294, mars.
- BOISGUÉRIN B., HAURY B., 2008, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et Résultats*, 645, juillet.
- BUCHMUELLER T.C., COUFFINHAL A., GRIGNON M., PERRONNIN M., 2004, « Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France », *Health Economics*, 13, 7, p. 669-687.
- CÉLANT N., DOURGNON P., GUILLAUME S., PIERRE A., ROCHEREAU T., SERMET C., 2014, « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, 198, mai.
- CHAPPUIS M., TOMASINO A., DIDIER E., 2014, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Rapport 2013 », Médecins du Monde.
- CHAPPUIS M., TOMASINO A., DIDIER E., 2016, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Rapport 2015 », Médecins du Monde.

- CORDIER A., SALAS F., 2010, « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État », Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales, p. 161.
- CUADRA C.B., 2011, « Right of access to health care for undocumented migrants in EU : a comparative study of national policies », *The European Journal of Public Health*, 22, 2, p. 267-271.
- DESPRÉS C., 2010, « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et organisation des soins*, 41, 1, p. 33.
- DESPRÉS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011a, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, 170, novembre.
- DESPRÉS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011b, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, 169, octobre.
- DESPRÉS C., GUILLAUME S., COURALET P., 2009, « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens », rapport de l'IRDES.
- DOURGNON P., GUILLAUME S., ROCHEREAU T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport de l'IRDES, 553, juillet.
- DUGUET A.-M., BÉVIÈRE B., 2011, « Access to health care for illegal immigrants : a specific organisation in France », *European Journal of Health Law*, 18, 1, p. 27-35.
- FONDS CMU, 2014, « Sixième rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », *Rapports d'évaluation 2013*, 6, octobre.
- FRA-EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, 2015, « Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation », Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- GOSSELIN A., DESGRÈES DU LOÛ A., LELIÈVRE E., LERT F., DRAY-SPIRA R., LYDIÉ N., 2016, « Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? », *Population & Sociétés*, 533, p. 1-4.
- GRANIER A., s.d., « Précarité et demandes de santé », *Revue Projet*.
- HAMEL C., MOISY M., 2013, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », Document de travail de l'Ined, Paris, 190, p. 60.
- KRAFT A.D., QUIMBO S.A., SOLON O., SHIMKHADA R., FLORENTINO J., PEABODY J.W., 2009, « The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays », *The Journal of Pediatrics*, 155, 2, p. 281-285.e1.
- LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France », Paris.

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2014, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : rapport remis au Premier ministre », rapport public, La Documentation française, Paris.

MARUTHAPPU M., WATKINS J., NOOR A.M., WILLIAMS C., ALI R., SULLIVAN R., ZELTNER T., ATUN R., 2016, « Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010 : a longitudinal analysis », *The Lancet*, 388, 10 045, p. 684-695.

MÉDECINS DU MONDE, SIMONNOT N., DROUOT N., 2006, « Je ne m'occupe pas de ces patients », testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale État dans dix villes de France, Paris (rapport), 42 p.

NAY O., BÉJEAN S., BENAMOUZIG D., BERGERON H., CASTEL P., VENTELOU B., 2016, « Achieving universal health coverage in France : policy reforms and the challenge of inequalities », *The Lancet*, 387, 10034, p. 2236-2249.

RONDET C., LAPOSTOLLE A., SOLER M., GRILLO F., PARIZOT I., CHAUVIN P., 2014, « 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 », *PLoS ONE*, 9, 1, p. e87046.

Deuxième partie

Une population particulièrement touchée par deux maladies : le VIH et l'hépatite B

« Quand j'ai eu envie d'avoir un enfant, j'ai découvert ma sérologie. J'étais désemparée, je ne savais plus quoi faire. Mon souci c'était : comment dire ça à mon mari. Puis, après lui avoir dit, c'était : comment le dire à mon père... »

Témoignage d'Angeline,
La Lettre d'Ikambere, n° 15, décembre 2016.

Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH¹

Annabel Desgrées du Loû, Andrainolo Ravalihasy, Julie Pannetier

La population des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée par l'épidémie de VIH/sida. En 2013, sur 6 220 nouveaux cas de VIH/sida diagnostiqués, 31 % concernaient des migrants subsahariens, qui pourtant ne représentent qu'un peu plus de 1 % de la population française (Cazein *et al.*, 2015).

Les migrants subsahariens venant de pays où la prévalence du VIH est élevée, l'hypothèse d'une contamination antérieure à leur arrivée en France a longtemps été privilégiée. Cependant plusieurs travaux en Europe suggèrent qu'une partie des migrants subsahariens pourraient avoir été infectés par le VIH après la migration (European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe, 2014). Cela change la donne dans la lutte contre l'épidémie : si le VIH/sida qui touche les migrants africains en France est une épidémie « d'importation », la seule chose à faire est de proposer un dépistage le plus tôt possible à l'arrivée en France, pour prendre en charge efficacement les personnes infectées. Si les migrants s'infectent après leur arrivée en France, il faut déployer des efforts autour de la prévention, et pour cela comprendre les situations qui favorisent le risque d'infection par le VIH. La précarité, l'insécurité administrative,

1 Les résultats présentés dans ce chapitre ont fait l'objet de deux articles scientifiques : A. DESGRÉES DU LOÛ *et al.*, « Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration », ANRS PARCOURS study, France, 2012 to 2013. Eurosurveillance 2015, 20, 46, 19 novembre 2015 ; A. DESGRÉES DU LOÛ *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 : 645-656

dont nous avons vu dans la première partie de cet ouvrage qu'elles étaient fréquentes après la migration, peuvent justement s'accompagner d'une plus grande exposition aux risques sexuels. L'absence de logement stable ou de ressources, de titre de séjour peut conduire à accepter des relations ou des rapports sexuels en échange d'un hébergement, d'une aide, et en situation de dénuement la protection des rapports peut passer au second plan des priorités (Jamoulle, 2013).

Mesurer la part des contaminations VIH survenues après la migration, et les situations qui les ont favorisées, est donc un enjeu majeur pour lutter contre l'épidémie de VIH chez les migrants africains en France.

Cependant, déterminer quand et où ont eu lieu les infections VIH est rarement possible. Le VIH/sida est une pathologie qui reste sans signe clinique apparent pendant plusieurs années, et les personnes atteintes ignorent en général à quel moment elles ont été infectées. La très grande majorité des migrants porteurs du virus VIH découvrent leur séropositivité seulement une fois arrivés en France, car les tests sont plus accessibles et plus fréquemment proposés que dans leurs pays d'origine, pour autant ils ne savent pas s'ils ont été infectés avant ou après leur arrivée.

Dans l'enquête Parcours, on se heurte à la même difficulté. Cependant, en combinant chez les personnes vivant avec le VIH les informations disponibles sur toute leur vie et les informations biologiques qui renseignent sur le stade de l'infection au moment du diagnostic, il est possible de repérer les contaminations qui ont très probablement eu lieu après la migration. Dans ce chapitre nous estimons, avec cette méthode, la proportion des migrants d'Afrique subsaharienne qui ont été infectés après leur arrivée en France, parmi ceux suivis pour une infection VIH. Puis nous comparons les situations sexuelles vécues depuis l'arrivée en France entre les personnes qui ont contracté le VIH après leur migration et les autres groupes (personnes non infectées par le VIH, personnes arrivées en France déjà infectées). La dimension biographique nous a permis de recueillir le détail année après année des types de relations sexuelles, ce qui nous permet d'analyser la relation entre les situations sexuelles vécues chaque année et les conditions de vie cette année-là afin de comprendre ce qui augmente le risque d'infection par le VIH lors de la vie en France.

Le VIH : une infection importée ou contractée en France ?

Les Africains subsahariens, deuxième groupe le plus touché par le VIH en France

En 2013, près de la moitié des personnes ayant découvert en France leur séropositivité pour le VIH étaient nées à l'étranger (Cazein *et al.*, 2015). Bien que cette proportion ait baissé depuis une décennie, passant de 58 % en 2003 à 46 % en 2013, elle reste élevée, et ce sont les personnes qui viennent d'Afrique subsaharienne qui sont les plus touchées, constituant ainsi le deuxième groupe de population le plus concerné en France par l'épidémie de VIH, après les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En 2013, environ un tiers (31 %) des nouveaux diagnostics de VIH ont concerné une personne née en Afrique subsaharienne (principalement au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Congo-Brazzaville, en Guinée, en République démocratique du Congo et au Mali).

L'enquête ANRS-VESPA, enquête nationale représentative auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital, a permis de montrer que la part des immigrés d'Afrique subsaharienne dans l'ensemble de la population des PVVIH en France métropolitaine a doublé entre 2003 et 2011, passant de 12 % à 24 % (Dray-Spira *et al.*, 2013). Cette situation reflète bien évidemment la situation de l'épidémie au niveau mondial : le continent africain est la région du monde la plus touchée. Le niveau de prévalence² est autour de 5 % sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les femmes y étant plus atteintes que les hommes, alors qu'au niveau mondial la prévalence globale est estimée à 0,8 %, et en France à 0,4 % (Onusida, 2012). Cependant, l'analyse des souches virales suggère qu'une partie des contaminations dans la population immigrée originaire d'Afrique s'est produite en France et non dans le pays d'origine : une personne sur quatre a en effet un sous-type du virus (VIH-1 de sous-type B) qui est quasi absent sur le continent africain et majoritaire en France et en Europe de l'Ouest (Lucas *et al.*, 2012).

Ainsi le poids de l'épidémie dans la population immigrée en France, et particulièrement dans la population originaire d'Afrique subsaharienne, est dû en partie à la gravité de l'épidémie dans les pays d'origine de ces migrants, mais aussi à des phénomènes de transmission et de contamination en France. Il est donc nécessaire d'être attentif à une probable vulnérabilité particulière des immigrés par rapport à cette épidémie, due

2 Prévalence : la prévalence est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population. Elle s'exprime généralement en pourcentage.

à la fois aux contextes socioculturels d'origine, aux parcours migratoires et aux conditions de vie socioéconomiques en France.

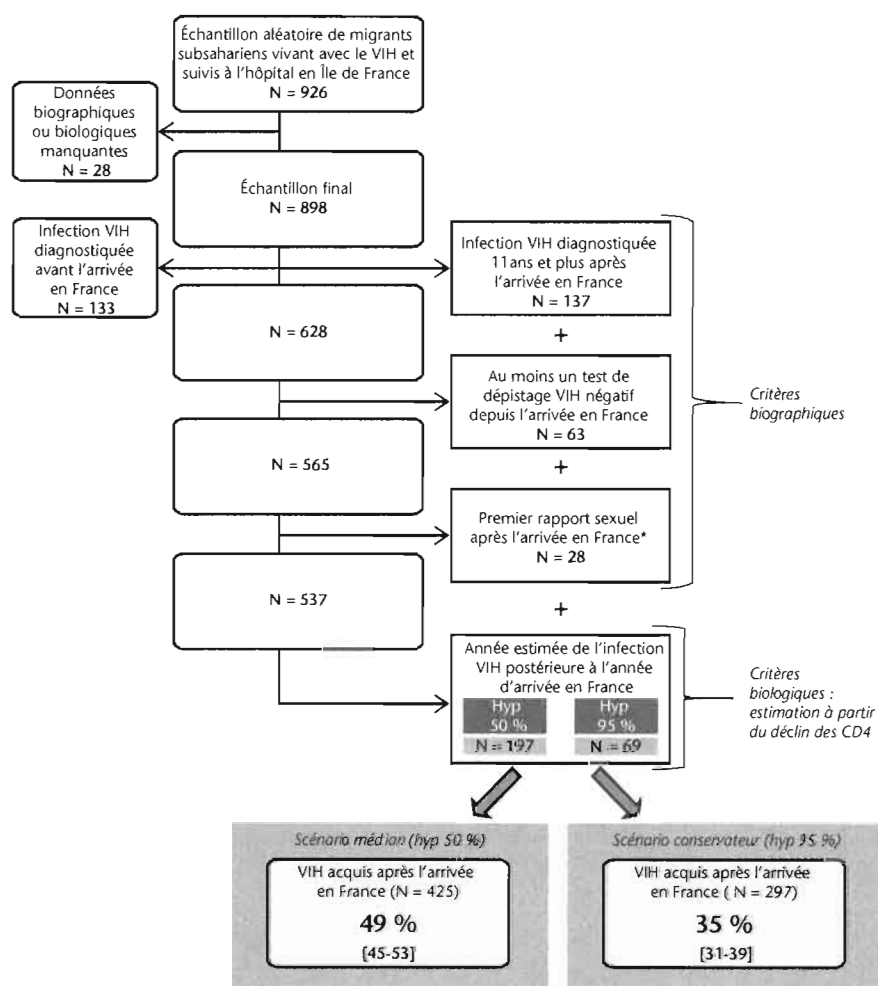
Les raisons de cette vulnérabilité sont diverses, et pas toujours bien connues. L'enquête de 2005 sur les connaissances et attitudes des populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida a montré une organisation de la sexualité qui peut être propice à la diffusion du virus (Lydié *et al.*, 2007) : au cours des douze mois précédant l'enquête, 30 % des hommes et 11 % des femmes interrogés avaient eu plusieurs partenaires sexuels, et pour trois quarts des hommes il s'agissait de partenaires simultanées, 49 % ne protégeant pas leurs rapports de façon systématique. Le préservatif continue à pâtir d'une mauvaise image dans cette population, de la même façon qu'en Afrique : il est en particulier associé à l'idée de relations passagères, et donc antinomique avec une relation sexuelle et affective durable. Parallèlement, les partenaires sexuels sont plus souvent choisis à l'intérieur du groupe des migrants africains, qu'ils soient ou non du même pays de naissance, ce qui favorise sans doute la propagation du virus dans ce groupe (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013). Chez les femmes, les rapports de genre inégalitaires qui structurent l'activité sexuelle rendent difficiles les négociations en matière de sexualité et de prévention. La migration peut affaiblir la domination masculine, avec l'arrivée dans un pays où les rapports de genre sont plus égalitaires. Elle peut aussi la renforcer : l'isolement relatif dans un pays étranger, en situation de précarité sociale et économique, loin de la parenté, peut augmenter les tensions entre hommes et femmes, tensions qui en outre ne sont plus aplanies par les autres membres de la famille élargie ou les pairs.

Pour tous, hommes et femmes, le fait même d'être un migrant induit un changement des repères et des réseaux et une instabilité économique, résidentielle et conjugale qui peuvent faciliter la prise de risque au cours des relations sexuelles. En 2005, les femmes qui ne disposaient pas d'un revenu personnel avaient une probabilité deux fois plus importante d'avoir plusieurs partenaires simultanés que les femmes qui disposaient d'un revenu personnel (Lydié *et al.*, 2007).

*Parmi les migrants vivant avec le VIH,
une part importante a été infectée après l'arrivée en France*

En combinant les informations tirées des histoires de vie et des données biologiques chez les personnes suivies pour une infection VIH, nous avons pu estimer si la contamination par le VIH avait eu lieu avant ou après la migration en France (figure 1). Les personnes qui avaient été diagnostiquées au moins onze ans après leur arrivée, ou qui avaient eu en France un test

FIGURE 1. Diagramme de décision pour estimer le nombre d'individus ayant acquis le VIH après l'arrivée en France – Étude ANRS-Parcours.



*Sans éléments rendant plausible une infection périnatale ou par voie transfusionnelle

Note : le temps écoulé entre la séroconversion VIH et la première mesure de CD4 a été estimé à partir d'une modélisation du déclin des CD4 chez des séroconvertisseurs d'origine africaine. Pour chaque participant, cette durée a été estimée 500 fois. Deux scénarios ont ensuite été considérés pour déterminer si l'infection avait eu lieu après l'arrivée en France : dans le scénario médian, l'infection était considérée comme survenue en France pour un enquêté si au moins 50 % des 500 durées estimées pour celui-ci étaient inférieures à la durée de vie en France ; dans le scénario conservateur, il fallait que 95 % des durées estimées soient inférieures à la durée de vie en France pour considérer que l'infection avait eu lieu en France.

Source : Desgrées du Loû et al., BEH, 2015

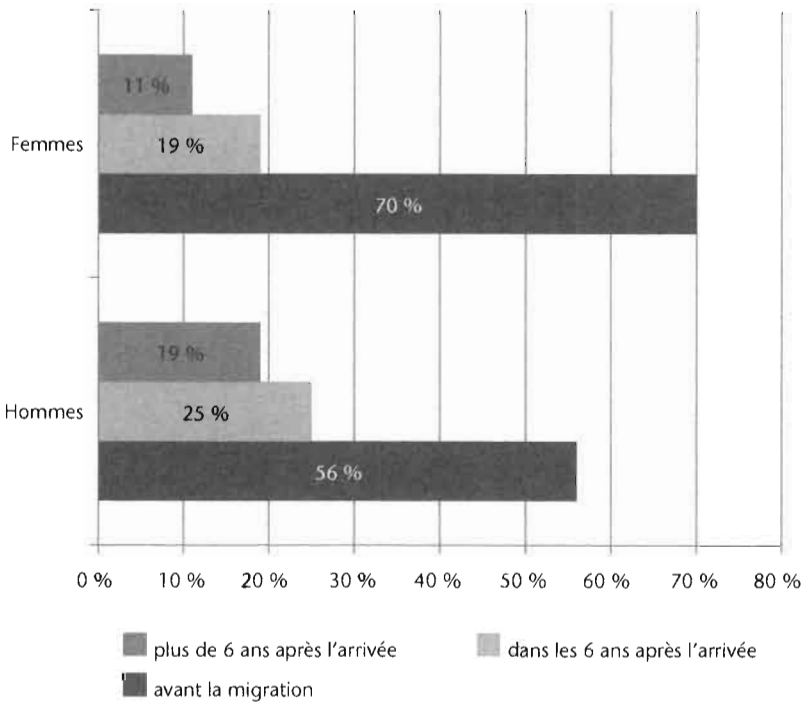
de dépistage du VIH négatif, ou encore qui avaient commencé leur vie sexuelle en France, ont été considérées comme infectées en France. Pour toutes les autres, nous avons utilisé une modélisation du déclin des lymphocytes CD4, cellules marqueurs de l'immunité, pour estimer à partir du nombre de CD4 au moment du diagnostic depuis combien de temps les personnes étaient infectées. Selon que nous avons appliqué une hypothèse stricte ou une hypothèse médiane dans notre modélisation, nous estimons que 35 % à 49 % des migrants africains suivis pour une infection VIH ont contracté le VIH après leur arrivée en France (figure 1). En appliquant l'hypothèse la plus stricte, qui nous permet de relier la probabilité d'avoir été infecté en France aux caractéristiques individuelles, nous observons que ce sont particulièrement les hommes qui ont été infectés en France : près d'un homme africain suivi aujourd'hui pour un VIH sur deux (44 %) a contracté ce virus après son arrivée en France, ce chiffre est d'une sur trois (30 %) pour les femmes. Les personnes arrivées en France jeunes ou depuis longtemps ont plus souvent été infectées en France, comme attendu. Par contre il n'y a pas de différence significative selon le niveau d'éducation, la région du pays de naissance ou la période de diagnostic (Desgrées du Lou *et al.*, 2015).

Toujours avec la même méthode, on peut estimer si l'infection a eu lieu dans les six premières années après l'arrivée, souvent marquées par la précarité comme nous l'avons vu en première partie, ou après, une fois que leur situation résidentielle et administrative est stable. Il apparaît qu'une partie importante des infections survenues en France a effectivement eu lieu pendant cette période qui suit l'arrivée, mais qu'il reste 11 % des femmes et 19 % des hommes qui se sont infectés plus de six ans après l'arrivée (figure 2).

Au niveau européen, peu d'études de ce type existent, mais les quelques mesures disponibles sur une contamination VIH post-migration vont dans le même sens. En Angleterre, à partir de la surveillance des nouveaux diagnostics VIH, et en utilisant la modélisation du déclin des lymphocytes CD4 pour retracer le délai depuis l'infection au diagnostic, la part des Africains subsahariens infectés après la migration est estimée à 37 % en hypothèse médiane (Rice *et al.*, 2014). Une enquête récente a été réalisée dans neuf pays européens³ auprès de 2 250 migrants vivant avec le VIH, de toutes origines : l'enquête aMASE (*advancing Migrant access to health services in Europe*) (Alvarez del Arco *et al.*, 2015). Pour les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, qui représentent un tiers des migrants enquêtés, on peut estimer, en s'appuyant sur les histoires de dépistage et des données comportementales, que 31 % au moins ont été infectés par le VIH après la migration. Pour les migrants venus d'ailleurs, les chiffres

3 Belgique, Allemagne, Grèce, Italie, Hollande, Portugal, Espagne, Suisse et Royaume-Uni.

FIGURE 2. Moment de l'infection VIH par rapport à la migration, par sexe – estimation stricte



Champ : hommes et femmes du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée.
Lecture : 11 % des femmes et 19 % des hommes du groupe VIH ont été infectés plus de 6 ans après l'arrivée en France.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

sont encore plus élevés : plus de la moitié des Asiatiques et deux tiers des Caribéens vivant avec le VIH en Europe auraient été infectés après leur arrivée en Europe.

Situations sexuelles en France et infection VIH après la migration

Des expériences de précarité fréquentes après la migration

Parcours offre la possibilité nouvelle de comparer les personnes infectées par le VIH en distinguant selon qu'elles ont été ou non infectées après leur arrivée en France, et les personnes des deux groupes non infectées, hépatite B chronique et groupe de référence. Cette comparai-

son permet d'identifier les traits associés au fait de contracter l'infection en France.

Comme cela a été décrit en première partie, les situations à l'arrivée diffèrent entre hommes et femmes. Les femmes sont plus souvent arrivées dans un cadre de regroupement familial et sont donc plus souvent que les hommes en couple stable à l'arrivée. Les expériences de précarité sont fréquentes : environ la moitié des personnes déclarent avoir vécu au moins un an sans titre de séjour, un tiers déclare avoir vécu au moins un an sans logement stable, une personne sur dix sans ressources financières, depuis leur arrivée en France (tableau 1). Ces expériences de précarité touchent les deux sexes, mais sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, plus nombreuses à être venues pour retrouver un conjoint déjà installé. Ces situations sont plus souvent déclarées par les personnes suivies pour une maladie chronique, VIH ou hépatite B.

Les personnes qui ont été infectées par le VIH après l'arrivée en France sont globalement plus âgées et arrivées depuis plus longtemps que les autres (aussi bien les personnes suivies pour un VIH et qui sont arrivées déjà infectées que celles non infectées par le VIH, que ce soit des personnes suivies pour une hépatite B chronique ou venues en consultation de médecine générale). Les femmes qui se sont infectées en France sont plus souvent arrivées célibataires, cela est moins vrai des hommes (tableau 1).

Relation entre infection en France et type de situations sexuelles en France : différences de genre

Au cours de leur vie en France, la très grande majorité des hommes comme des femmes venus d'Afrique subsaharienne ont connu une relation stable, c'est-à-dire de plus d'un an (*cf.* encadré), comme cela a été décrit dans le chapitre 3, et cela quel que soit le groupe : avec ou sans VIH, infecté avant ou après l'arrivée, avec ou sans hépatite B chronique. Être en couple stable en France n'apparaît donc pas associé significativement au risque de contracter le VIH en France, ni pour les hommes, ni pour les femmes. Par contre les autres types de situations sexuelles (relations de courte durée ou occasionnelles, relations donnant lieu à un échange d'argent ou de services) et le fait d'avoir plusieurs relations en même temps une année donnée sont plus fréquents dans le groupe qui s'est infecté par le VIH après l'arrivée en France (figure 3). Dans ce groupe, 77 % des hommes ont eu en France des relations de courte durée ou occasionnelles, 21 % ont eu des relations avec des prostituées et 70 % ont eu plusieurs relations en même temps contre 54 %, 12 % et 46 % respectivement dans le groupe de référence. Des différences entre hommes et femmes apparaissent, conformes à ce que l'on connaît des cadres genrés de la sexualité (Bajos

et Bozon, 2008) : les femmes ont moins souvent que les hommes des relations occasionnelles ou concomitantes, elles ont très peu recours à la prostitution, mais elles déclarent plus souvent avoir accepté des relations en échange de services (logement, aide...) ou d'argent. Chez les femmes qui ont été infectées par le VIH après la migration, 9 % ont déclaré avoir eu ce type de relations dites transactionnelles contre 2 % dans le groupe de référence ; 52 % des femmes infectées en France ont déclaré avoir eu en France des relations de courte durée alors qu'elles ne sont que 31 % dans le groupe de référence.

Il existe donc des types de relations sexuelles qui exposent plus que d'autres au risque de contamination du VIH, ce qui signe une insuffisante utilisation du préservatif dans ces relations. Dans une enquête rétrospective de ce type, il aurait été illusoire de faire appel à la mémoire des personnes pour retracer l'utilisation du préservatif année après année. Nous n'avons donc collecté l'utilisation du préservatif que sur la dernière année, en demandant aux enquêtés s'ils avaient utilisé des préservatifs dans les douze derniers mois précédant l'enquête, avec le dernier partenaire stable, et avec le dernier partenaire occasionnel. Dans le groupe de référence, 6 % des hommes et 3 % des femmes disent avoir utilisé un préservatif de façon systématique avec leur partenaire stable, et seulement 55 % des hommes et 28 % des femmes l'ont utilisé avec leur dernier partenaire occasionnel (tableau 1), ce qui est tout à fait insuffisant pour une bonne prévention des risques sexuels. Malgré les campagnes de prévention réalisées jusqu'ici, les réticences à l'utilisation du préservatif, qui sont encore plus marquées dans les populations africaines que dans les populations occidentales (MacPhail et Campbell, 2001) semblent donc perdurer en contexte de migration.

La proportion importante d'hommes suivis pour un VIH qui ont été infectés en France pourrait laisser penser qu'il s'agit en partie d'hommes ayant des rapports avec des hommes, groupe où l'épidémie reste très active (Cazein *et al.*, 2015). Cependant, seuls 5 % des hommes ayant été infectés en France ont déclaré avoir eu des rapports homosexuels (tableau 1). L'infection VIH en France dans la population masculine des immigrés subsahariens en France ne semble donc pas tant liée à des relations homosexuelles qu'à des relations hétérosexuelles conduisant à multiplier les partenaires (rapports occasionnels, plusieurs relations concomitantes) sans pour autant protéger suffisamment les rapports.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques, raisons de la migration et expériences de précarité en France selon le sexe et le groupe d'étude

	a. Hommes				p
	Groupe de référence	Groupe VIH Infection après l'arrivée en France	Groupe VIH Infection avant l'arrivée en France	Groupe hépa-tite B	
Effectif	355	139	207	559	
Âge à l'enquête					
18-34 ans	32 %	9 %	14 %	32 %	***
35-44 ans	28 %	22 %	39 %	38 %	
45-59 ans	40 %	68 %	47 %	30 %	
Niveau d'études à l'enquête					
Aucun/primaire	25 %	19 %	21 %	32 %	n.s.
Secondaire	47 %	44 %	50 %	39 %	
Supérieur	28 %	37 %	29 %	29 %	
Région de naissance					
Afrique de l'Ouest	65 %	57 %	57 %	79 %	***
Afrique centrale	31 %	40 %	41 %	19 %	
Afrique de l'Est et du Sud	4 %	3 %	1 %	2 %	
Âge à l'arrivée en France (médiane en années)	26	25	35	27	***
Durée de séjour en France (médiane en années)	12	24	10	12	***
Statut conjugal à l'arrivée					
Célibataire	61 %	65 %	50 %	66 %	**
En couple en France	24 %	26 %	31 %	16 %	
En couple à l'étranger	15 %	9 %	19 %	19 %	
Utilisation systématique du préservatif dans les 12 derniers mois avec :					
Le dernier partenaire stable	6 %	32 %	46 %	10 %	***
Le dernier partenaire occasionnel	55 %	89 %	80 %	66 %	n.s.
A déjà eu des relations homosexuelles	1 %	5 %	6 %	0 %	***

	a. Hommes				p
	Groupe de référence	Groupe VIH Infection après l'arrivée en France	Groupe VIH Infection avant l'arrivée en France	Groupe hépatite B	
Effectif	355	139	207	559	
Raisons de la migration					
Raisons familiales	15 %	16 %	14 %	12 %	***
Tenter sa chance/trouver un travail	39 %	44 %	42 %	48 %	
Menacé dans son pays	24 %	13 %	21 %	18 %	
Études	20 %	29 %	6 %	16 %	
Raisons de santé	2 %	0 %	17 %	6 %	
Expérience de précarité en France, a déjà vécu une année en France :					
Sans titre de séjour	50 %	61 %	61 %	69 %	***
Sans ressources financières	11 %	12 %	18 %	9 %	n.s.
Sans logement stable	34 %	31 %	45 %	29 %	n.s.

Champ : individus du groupe de référence, individus du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée, individus du groupe hépatite B.

Lecture : 32 % des hommes et 34 % des femmes du groupe de référence étaient âgés de 18 à 34 ans au moment de l'enquête.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Influence des conditions de vie sur les situations sexuelles à risque : des profils différents

Nous avons vu que la majorité des infections VIH en France ont eu lieu au cours des premières années en France. Il semble donc que les risques sexuels, et la capacité à s'en protéger, dépendent des situations vécues en France. En estimant par un modèle statistique la probabilité d'avoir un type de relation sexuelle une année donnée en fonction des conditions de vie cette année-là, en tenant compte du type de migration et du niveau d'éducation, on observe que les années de précarité (sans titre de séjour ou sans logement stable) sont aussi des années où la sexualité est plus à risque : toutes choses égales par ailleurs, les hommes et femmes ont plus de relations sexuelles occasionnelles les années où ils n'ont pas de logement stable ou pas de titre de séjour stable (tableau 2). L'influence des conditions de vie se décline cependant légèrement différemment entre hommes et femmes.

	b. Femmes				p
	Groupe de référence	Groupe VIH Infection après l'arrivée en France	Groupe VIH Infection avant l'arrivée en France	Groupe hépatite B	
Effectif	407	157	392	217	
Âge à l'enquête					
18-34 ans	34 %	21 %	23 %	38 %	***
35-44 ans	45 %	44 %	48 %	42 %	
45-59 ans	41 %	35 %	30 %	20 %	
Niveau d'études à l'enquête					
Aucun/primaire	20 %	19 %	18 %	21 %	n.s.
Secondaire	54 %	65 %	60 %	58 %	
Supérieur	26 %	19 %	22 %	21 %	
Région de naissance					
Afrique de l'Ouest	53 %	57 %	46 %	73 %	***
Afrique centrale	42 %	40 %	51 %	25 %	
Afrique de l'Est et du Sud	5 %	3 %	3 %	2 %	
Âge à l'arrivée en France (médiane en années)	26	23	30	26	***
Durée de séjour en France (médiane en années)	13	20	10	10	***
Statut conjugal à l'arrivée					
Célibataire	46 %	62 %	53 %	55 %	n.s.
En couple en France	48 %	31 %	40 %	42 %	
En couple à l'étranger	6 %	8 %	7 %	4 %	
Utilisation systématique du préservatif dans les 12 derniers mois avec :					
Le dernier partenaire stable	3 %	38 %	46 %	9 %	***
Le dernier partenaire occasionnel	28 %	60 %	59 %	45 %	*
A déjà eu des relations homosexuelles	1 %	3 %	1 %	1 %	n.s.
Raisons de la migration					
Raisons familiales	46 %	54 %	33 %	47 %	***
Tenter sa chance/trouver un travail	20 %	23 %	40 %	25 %	
Menacé.e dans son pays	17 %	5 %	12 %	14 %	
Études	13 %	14 %	6 %	7 %	
Raisons de santé	4 %	4 %	10 %	7 %	

	b. Femmes				p
	Groupe de référence	Groupe VIH Infection après l'arrivée en France	Groupe VIH Infection avant l'arrivée en France	Groupe hépatite B	
Effectif	407	157	392	217	
Expérience de précarité en France : a déjà vécu une année en France :					
Sans titre de séjour	43 %	49 %	52 %	55 %	n.s.
Sans ressources financières	7 %	7 %	14 %	11 %	n.s.
Sans logement stable	22 %	25 %	35 %	28 %	*

Champ : individus du groupe de référence, individus du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée, individus du groupe hépatite B.

Lecture : 32 % des hommes et 34 % des femmes du groupe de référence étaient âgés de 18 à 34 ans au moment de l'enquête.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Chez les femmes, la précarité met en situation de risque

Chez les femmes, la relation entre précarité et situations sexuelles à risque est forte et unidirectionnelle. L'absence de titre de séjour expose les femmes à tous les types de relations associés à une exposition au risque d'être infectées par le VIH en France : occasionnelles, transactionnelles et concomitantes (tableau 2). L'absence de logement personnel ou stable expose les femmes aux relations occasionnelles, éventuellement en échange d'une aide ou d'un soutien. Les années où les femmes sont sans logement stable apparaissent en effet associées à un risque de relations transactionnelles multiplié par 8 (OR = 8,17**). Lorsqu'elles n'avaient pas de logement ou pas de papiers, les femmes ont dû accepter des relations sexuelles qu'elles ne souhaitaient pas, en échange de logement, d'aide matérielle, ou par peur d'être expulsées (Jamouille, 2013). Or nous avons vu que les femmes qui ont été infectées par le VIH en France sont quatre fois plus nombreuses à avoir déclaré des relations de type transactionnel. Le risque d'infection VIH en situation de sexualité transactionnelle a été montré en Afrique du Sud : dans ce type de relations, les femmes sont en position de débitrices et peuvent difficilement demander que les rapports soient protégés (Jewkes et Dunkle, 2012). La précarité, et en particulier l'absence de logement stable pour les femmes, apparaît ainsi comme un facteur indirect de l'infection par le VIH (Desgrées du Loû *et al.*, 2016).

ENCADRÉ. Définition des situations sexuelles

Pour chaque année depuis la première relation sexuelle jusqu'à l'année de l'enquête, le type de situations ayant donné lieu à des relations sexuelles a été collecté, selon la catégorisation suivante :

Une *relation stable* est définie comme une relation avec un partenaire avec qui la personne enquêtée est restée au moins un an.

Une *relation courte ou occasionnelle* est définie comme une relation qui a duré moins d'un an ou qui était occasionnelle.

Une *relation transactionnelle* est définie ici comme une relation qui n'était pas souhaitée, mais qui a été acceptée dans le but d'obtenir une ressource : un logement, des habits, de la nourriture, des papiers, de l'argent.

Le *recours à la prostitution* renvoie aux personnes qui ont déclaré avoir déjà payé quelqu'un pour avoir des rapports sexuels.

Des *relations concomitantes* renvoient au fait que la personne a déclaré au moins deux relations, quelles qu'elles soient, la même année. L'unité de la grille biographique étant l'année, il était difficile de distinguer les personnes qui ont eu plusieurs partenaires en même temps lors d'une même année des personnes qui ont eu plusieurs partenaires successifs lors d'une même année. Cependant l'enquêteur avait pour consigne de poser la question et le précisait en commentaire.

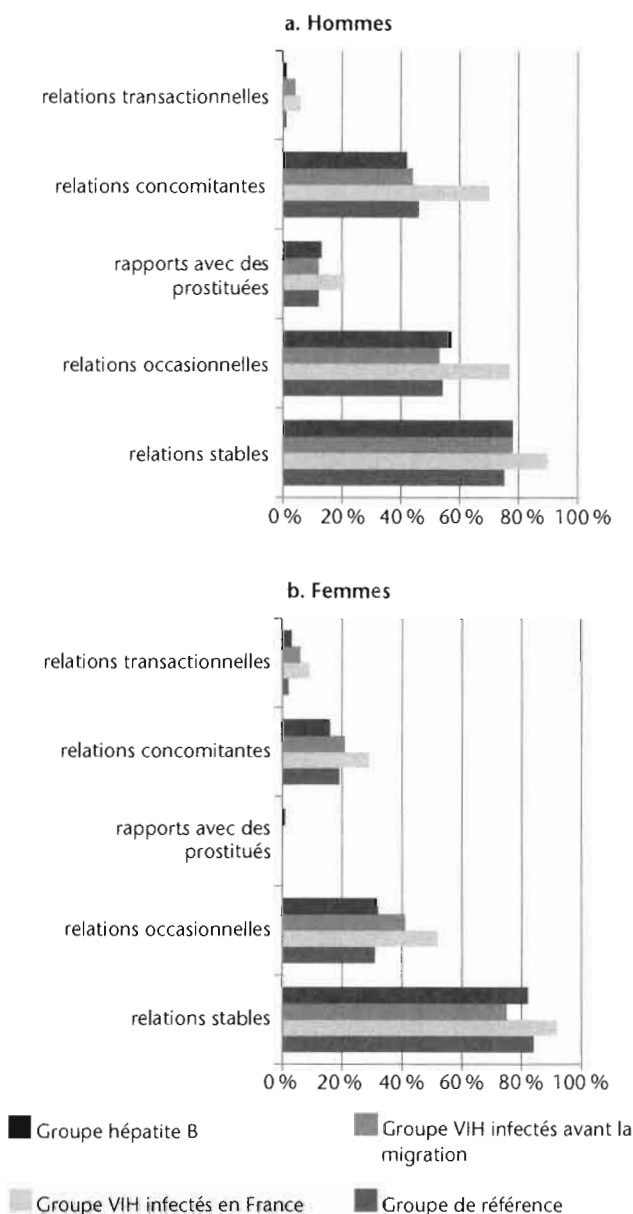
Note : nous ne traitons pas dans ce chapitre de la question des rapports sexuels forcés, qui sont d'un autre ordre, et font l'objet du chapitre 6.

Chez les hommes, deux types de profils différents

On retrouve chez les hommes migrants ce lien entre précarité et relations sexuelles à risque : lorsqu'ils n'ont pas de logement personnel et pas de titre de séjour, ou seulement des titres de séjour temporaires, les hommes ont plus de relations occasionnelles ou avec des prostituées, deux situations dont on a vu qu'elles étaient associées à un risque accru d'infection VIH en France. Cependant, la précarité n'est pas chez les hommes le seul contexte d'exposition au risque. À l'inverse, on observe que les hommes qui sont installés et qui ont une carte de résident ont plus souvent que les autres plusieurs relations en même temps, une situation qui expose elle aussi au risque d'infection VIH en France (tableau 3).

On retrouve ici une organisation sociale de la sexualité conforme aux rapports de genre classiques : pour les femmes, les rapports sexuels peuvent être une ressource ultime, et parfois exploitée sous la contrainte, pour obtenir ou préserver des moyens d'existence dans les moments de grande précarité. Pour les hommes elle est au contraire facilitée par le fait de pouvoir offrir des ressources. Ici la carte de résident, qui garantit la stabilité sur le territoire français et la possibilité de mener à bien certains projets,

FIGURE 3. Types de relations vécues en France selon le groupe d'étude



Champ : hommes et femmes du groupe de référence, hommes et femmes du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée, hommes et femmes du groupe hépatite B.
Lecture : 75 % des hommes et 84 % des femmes du groupe de référence ont vécu au moins une année dans une relation stable conjugale après l'arrivée en France.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 2. Facteurs associés aux types de relations sexuelles
chaque année après l'arrivée en France – Femmes

Femmes	Relations conjugales stables	Relations courtes ou occasionnelles	Relations transaction- nelles	Relations concomi- tantes
	ORa	ORa	ORa	ORa
Situation administrative à la n-ième année				
Résidente	1	1	1	1
Titre de séjour court	1,1	1	1,4	1,3
Pas de titre de séjour	0,9	1,4*	3,6*	2,8**
Situation de logement à la n-ième année				
Logement personnel	1	1	1	1
Hébergée	0,2**	1,8**	2,2	1
Structure collective/Foyer	0,3**	0,9	2	0,5*
Instabilité résidentielle	0,3**	3**	8,2**	1,7
Raisons de la migration				
Raisons familiales	1	1	1	1
Tenter sa chance/trouver un travail	0,3**	2,8**	3,1	1,7
Menacée dans son pays	0,1**	3,3**	5,8*	1,5
Études	0,2**	2,7**	3,3	1,3
Raisons de santé	0,4**	2,8**	2,7	4,4**
Niveau d'études à l'enquête				
Aucun/primaire	1	1	1	1
Secondaire	1,1	1,5	1,8	1,7
Supérieur	0,9	1,8*	1,4	1,8
Groupe				
Groupe de référence	1	1	1	1
Infection VIH après l'arrivée en France	0,3**	2,2**	3,5	1,6
Infection VIH avant l'arrivée en France	0,4**	2,1*	2,1	1,4
Hépatite B	0,8	1,14	0,4	0,7
Années en France	0,9**	1	0,9	0,9**

Champ : femmes du groupe de référence, femmes du groupe VIH pour lesquelles l'infection a pu être datée, femmes du groupe hépatite B.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques à effets mixtes adaptées aux données longitudinales. La situation administrative et la situation de logement sont des variables variant dans le temps. Les différentes situations administratives sont : pas de titre de séjour, titre de séjour court (autorisation provisoire de

séjour ou carte de séjour temporaire d'un an), résident (carte de résident de 10 ans ou nationalité française). Outre les variables présentées ci-dessus, les analyses sont ajustées sur la période d'arrivée et les ressources de l'individu.

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que la probabilité d'être dans un type de situation sexuelle est supérieure (respectivement inférieure) par rapport à la modalité de référence. On peut donc dire que lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles incluses dans le modèle, les femmes sans titre de séjour ne diffèrent pas des autres en termes de probabilité d'être dans une relation conjugale stable et ont une probabilité plus élevée d'être en relation courte ou occasionnelle (ORa = 1,4) par rapport à la situation de référence à une année donnée.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur toutes les variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

ouvre la possibilité de cumuler les relations. La sensibilisation aux risques sexuels doit tenir compte de ces différents types d'exposition : à la fois lors de moments de précarité à l'arrivée, mais aussi plus tard, du fait des nouvelles opportunités ouvertes par l'installation.

Conclusion

Ces résultats changent l'image qu'on avait de l'épidémie de VIH/sida chez les migrants en Europe. Il ne s'agit plus seulement d'une maladie « d'importation » qu'il faut prendre en charge le mieux possible. Il faut aussi rompre la chaîne de la contamination après l'arrivée. En France en particulier, les contaminations après l'arrivée semblent représenter près de la moitié des cas de VIH dans cette population d'immigrés subsahariens.

Dans les deux cas, que ce soit pour prendre en charge rapidement les personnes qui arrivent infectées, ou pour éviter de nouvelles contaminations, il reste primordial de proposer un dépistage du VIH le plus tôt possible à l'arrivée, puisque la très grande majorité des personnes porteuses du virus lors de leur arrivée en France ignorent leur séropositivité. Un diagnostic rapide après l'arrivée permet la prise en charge rapide de leur infection, améliore le pronostic de la maladie et bloque la multiplication du virus dans l'organisme (Montlahuc *et al.*, 2013).

Au-delà du bénéfice individuel pour la personne concernée, cela protège aussi ses partenaires sexuels d'une éventuelle contamination, puisque le virus ainsi contrôlé devient « indétectable » dans le sang et les liquides séminaux, qui ne le transmettent plus ; ce faisant, le traitement antirétroviral le plus précoce possible a un effet protecteur au niveau populationnel. Toujours pour les mêmes raisons, le dépistage doit être répété régulièrement,

Tableau 3. Facteurs associés aux types de relations sexuelles
chaque année après l'arrivée en France – Hommes

Hommes	Relations conjugales stables	Relations courtes ou occasionnelles	Relations transaction- nelles	Relations concomi- tantes
	ORa	ORa	ORa	ORa
Situation administrative à la n-ième année				
Résident	Réf	Réf	Réf	Réf
Titre de séjour court	0,5**	1,4**	1,9*	0,7**
Pas de titre de séjour	0,2**	1,8**	1,8*	0,5**
Situation de logement à la n-ième année				
Logement personnel	Réf	Réf	Réf	Réf
Hébergé	0,32**	1,5**	1,7*	1,2
Structure collective/Foyer	0,30**	2**	4,2*	1,4*
Instabilité résidentielle	0,36**	1,7**	1,8	1,1
Raisons de la migration				
Raisons familiales	Réf	Réf	Réf	Réf
Tenter sa chance/trouver un travail	0,9	0,7	1,5	2,3**
Menacé dans son pays	0,9	1,5	1,6	2,7**
Études	0,6	1	0,6	1,1
Raisons de santé	0,8	0,9	1,4	1,4
Niveau d'études à l'enquête				
Aucun/primaire	Réf	Réf	Réf	Réf
Secondaire	0,5**	4,6**	1,5	1,4
Supérieur	0,8	4**	1,1	1,5
Groupe				
Groupe de référence	Réf	Réf	Réf	Réf
Infection VIH après l'arrivée en France	0,8	3,2*	1,7	2,1*
Infection VIH avant l'arrivée en France	0,4**	1,9*	1,7	1,1
Hépatite B	1,1	0,9	0,8	0,8
Années en France	1,1**	0,9**	0,9**	1

Champ : hommes du groupe de référence, hommes du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée, hommes du groupe hépatite B.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques à effets mixtes adaptées aux données longitudinales. La situation administrative et la situation de logement sont des variables variant dans le temps. Les différentes situations administratives sont : pas de titre de séjour, titre de séjour court (autorisation provisoire de

séjour ou carte de séjour temporaire d'un an), résident (carte de résident de 10 ans ou nationalité française). Outre les variables présentées ci-dessus, les analyses sont ajustées sur la période d'arrivée et les ressources de l'individu.

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que la probabilité d'être dans un type de situation sexuelle est supérieur (respectivement inférieure) par rapport à la modalité de référence. On peut donc dire que lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles incluses dans le modèle, les hommes sans titre de séjour ont une moindre probabilité d'être dans une relation conjugale stable (ORa = 0,2) et ont une probabilité plus élevée d'être en relation courte ou occasionnelle (ORa = 1,8) par rapport à la situation de référence à une année donnée.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur toutes les variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

pour limiter au maximum la période entre infection et diagnostic : on estime en effet que 60 % des nouvelles contaminations sont dues à des personnes qui ignorent leur séropositivité.

Enfin, la prévention doit être renforcée chez les immigrés. Il faut sans doute mieux sensibiliser les Africains qui vivent en France sur les risques de contamination qui existent, et sur les moyens de s'en prémunir : utiliser des préservatifs, demander à son/ses partenaire(s) de faire un dépistage VIH. De nombreuses campagnes en ce sens ont été menées en France, et elles semblent avoir été efficaces puisque le nombre de diagnostics chez les migrants a diminué dans les années 2000. Mais aujourd'hui cela ne suffit pas. Pour les personnes qui ne se sentent pas en mesure d'imposer ces mesures préventives et d'éviter les relations à risque, comme les femmes en situation de précarité et de dépendance, la prophylaxie préexposition (PrEP) est peut-être un espoir : après les essais montrant une très forte efficacité de la prise d'antirétroviraux de façon préventive sur la diminution du risque d'infection par le VIH lors de rapports à risque (Molina *et al.*, 2015), la PrEP est autorisée et même prise en charge par l'assurance maladie en France. C'est donc un nouvel outil de poids à ajouter dans la panoplie de la « prévention combinée ».

L'enquête Parcours montre que, au-delà des outils de la prévention, ce sont les conditions de vie qui cadrent l'univers des possibles : la première chose dont les immigrés ont besoin pour prendre soin d'eux-mêmes et se protéger du VIH/sida et autres risques sexuels, c'est de pouvoir y penser. Cela n'est possible qu'une fois libérés de l'extrême insécurité, de l'angoisse liée à des démarches administratives lourdes et à l'issue incertaine, du souci d'avoir un toit pour dormir.

Bibliographie

- ALVAREZ DEL ARCO D., FAKOYA I., MONGE S. *et al.*, 2015, « HIV acquisition among migrants living in Europe. Results from aMASE », p. Abstract PS3/5.
- BAJOS N., BOZON M. (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France.*, La Découverte, Paris (Pratiques, genre et santé), 609 p.
- 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.
- DESGRÉES DU LOÛ A., PANNETIER J., RAVALIHASY A., LE GUEN M., GOSSELIN A., PANJO H., BAJOS N., LYDIÉ N., LERT F., DRAY-SPIRA R., 2016, « Is hardship during migration a determinant of HIV infection ? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France », *AIDS*, 30, 4, p. 645-656.
- DESGRÉES DU LOÛ A., PANNETIER J., RAVALIHASY A., GOSSELIN A., SUPERVIE V., PANJO H., BAJOS N., LYDIÉ N., LERT F., DRAY-SPIRA R., 2015, « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude Parcours (ANRS) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 40-41, p. 752-758.
- DRAY-SPIRA R., ALMEIDA K.W. D', 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. Numéro thématique « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », Institut national de veille sanitaire.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2014, « HIV/AIDS surveillance in Europe 2013 ».
- JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris.
- JEWKES R., DUNKLE K., 2012, « Transactional sex and HIV incidence in a cohort of young women in the stepping stones trial », *Journal of AIDS & Clinical Research*, 03, 05.
- LUCAS E., CAZEIN F., BRUNET S., THIERRY D., PILLONEL J., LOT F., PINGET R., LECLERC M., BENYELLES L., DA COSTA C., SEMAILLE C., BARIN F., 2012, « Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003 : données de huit années de surveillance », *InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46-47, p. 533-537.
- LYDIÉ N., BELTZER N., FÉNIÉS K., HALFEN S., LERT F., LEVU S., LYDIÉ N., 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Éditions Inpes (Études Santé), Paris.
- MACPHAIL C., CAMPBELL C., 2001, « "I think condoms are good but, aai, I hate those things" », *Social Science & Medicine*, 52, 11, p. 1613-1627.
- MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2013, « "Migrants from over there" or "racial minority here" ? Sexual networks and prevention

practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture, Health & Sexuality*, 15, 7, p. 819-835.

MOLINA J.-M., CAPITANT C., SPIRE B., PIALOUX G., COTTE L., CHARREAU I., TREMBLAY C., LE GALL J.-M., CUA E., PASQUET A., RAFFI F., PINTADO C., CHIDIAC C., CHAS J., CHARBONNEAU P., DELAUGERRE C., SUZAN-MONTI M., LOZE B., FONSART J., PEYTAVIN G., CHERET A., TIMSIT J., GIRARD G., LORENTE N., PRÉAU M., ROONEY J.F., WAINBERG M.A., THOMPSON D., ROZENBAUM W., DORÉ V., MARCHAND L., SIMON M.-C., ETIEN N., ABOULKER J.-P., MEYER L., DELFRAISSY J.-F., 2015, « On-Demand Preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 Infection », *New England Journal of Medicine*, 373, 23, p. 2237-2246.

MONTLAHUC C., GUIGUET M., ABGRALL S., DANLUZZI V., SALVADOR F. DE, LAUNAY O., MARTINEZ V., PARTISANI M., PRADIER C., ROUVEIX E., VALIN N., GRABAR S., COSTAGLIOLA D., 2013, « Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009) », *JAIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 64, 2, p. 197-203.

ONUSIDA, 2012, « Rapport Onusida sur l'épidémie mondiale de sida », Onusida/JC2417F, Onusida.

RICE B., ELFORJ J., YIN Z., CROXFORD S., BROWN A., DELPECH V., 2014, « Trends in HIV diagnoses, HIV care, and uptake of antiretroviral therapy among heterosexual adults in England, Wales, and Northern Ireland », *Sexually Transmitted Diseases*, 41, 4, p. 257-265.

*Violences sexuelles :
place dans le parcours de vie
et relation avec le risque d'infection VIH en France*

Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Annabel Desgrées du Loû

Le chapitre précédent a montré qu'une part importante des infections VIH chez les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne étaient survenues après l'arrivée en France, lors des années de précarité et surtout lorsque les personnes avaient des difficultés pour se loger. Ces difficultés exposent les personnes immigrées, et tout particulièrement les femmes, à des situations de précarité sociale qui peuvent les contraindre à accepter des relations sexuelles qu'elles ne souhaitent pas (Jamoulle, 2013), et à avoir des rapports sexuels non protégés qui les exposent au risque d'infection VIH. Quelques travaux, encore rares, ont montré que ces situations de grande précarité sociale (l'absence de logement, l'absence de titre de séjour) exposent aussi particulièrement les femmes migrantes à la violence sexuelle (Keygnaert, Vettenburg et Temmerman, 2012), violence dont on sait qu'elle augmente l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (Macdowall *et al.*, 2013).

L'enquête *Parcours* n'était pas conçue pour étudier de façon spécifique les violences sexuelles, objet d'étude sensible qui demande la mise en place d'un dispositif spécifique. Cependant, une question était posée aux participants sur les rapports sexuels imposés ou non consentis et l'année de leur survenue, ce qui a permis de les situer dans le cycle de vie des personnes, ainsi que dans leur parcours migratoire (avant, pendant, après la migration), et de caractériser le contexte social dans lequel ces violences sexuelles se produisent, les rapports sexuels imposés/non consentis une année donnée pouvant être rapprochés des conditions de vie des personnes la même année.

Dans ce chapitre nous décrirons, à partir du groupe de personnes suivies pour l'infection VIH et des personnes du groupe de référence, à quels

moments survient la violence sexuelle dans la vie des personnes immigrées et, pour les violences subies en France, dans quel contexte social elles ont eu lieu, puis nous étudions le lien avec l'infection VIH. Pour pouvoir mettre en relation la violence sexuelle subie en France et l'infection VIH en France, nous distinguons, au sein du groupe VIH, les personnes infectées avant l'arrivée et celles infectées après l'arrivée en France, catégorisation basée sur la méthode décrite au chapitre précédent.

Violences sexuelles : cycle de vie et parcours migratoire

La proportion de personnes ayant vécu des violences sexuelles au sein d'une population dépend des outils de mesure utilisés et du type d'enquête (Debauche, 2007 ; Debauche *et al.*, 2017). L'enquête Parcours interroge les personnes sur une des formes de la violence sexuelle : les rapports sexuels imposés ou non consentis (encadré 1).

Un niveau élevé de rapports sexuels imposés chez les femmes

Le tableau 1 présente la proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré des rapports sexuels imposés ou non consentis au moins une fois au cours de la vie, avant ou après la migration, avant ou après l'âge de 15 ans. Les femmes rapportent avoir subi des rapports sexuels imposés ou non consentis au moins une fois au cours de la vie dans des proportions très supérieures à celles des hommes (18 % contre 3 % pour respectivement les femmes et les hommes du groupe de référence, avec des niveaux similaires chez les femmes et les hommes vivant avec le VIH). Ces proportions apparaissent plus élevées qu'en population générale. En 2006, 7 % des femmes et 1,5 % des hommes de la population française déclaraient avoir subi un « rapport sexuel forcé » au cours de leur vie (Bajos, Bozon et l'équipe CSF, 2008). Elles sont un peu plus faibles que celles observées dans une autre enquête réalisée auprès de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne : 22 % des femmes et 9 % des hommes résidant en Île-de-France avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels contre leur volonté (Lydié, 2007). Cette enquête portait sur une population plus jeune que la population enquêtée dans Parcours, donc sans doute plus susceptible de reconnaître et dénoncer ces violences sexuelles, si l'on suit l'hypothèse d'un abaissement du seuil de tolérance face à ces violences dans les jeunes générations, qui les rend plus dicibles (Bajos, Bozon et l'équipe CSF, 2008).

On doit rester prudent dans toute tentative de comparaison de chiffres sur la violence sexuelle entre enquêtes, d'une part car les grandes enquêtes

ENCADRÉ 1. La mesure des « rapports sexuels imposés ou non consentis » dans l'enquête Parcours

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence sexuelle comme : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (OMS, 2010). En France, au niveau juridique : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (art. 222.22 CP). Est qualifié de viol : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » (art. 222.23 CP).

Les termes juridiques « agression sexuelle » ou « viol » ne sont pas utilisés dans la formulation des questions dans les enquêtes quantitatives parce qu'ils sont susceptibles de conduire à des sous-déclarations. Un viol n'est pas forcément perçu comme tel par les victimes. Par ailleurs, le viol fait partie des crimes pour lesquels les personnes qui en sont victimes peuvent encore être considérées comme responsables et elles peuvent avoir honte d'en parler. L'enquête Parcours s'inscrit dans la lignée des enquêtes quantitatives nationales sur la sexualité (Bajos, Bozon et l'équipe CSF, 2008) ou sur les violences (Beck *et al.*, 2010 ; Hamel *et al.*, 2016 ; Jaspard, 2003) et utilise pour étudier les violences sexuelles, dont le viol, des termes plus neutres et plus spécifiques.

La question suivante a été posée aux personnes enquêtées : « *Vous est-il arrivé que quelqu'un vous impose d'avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?* ». Si la réponse à la question était oui, la question suivante était posée : « *Pouvez-vous me dire à quel(s) moment(s) de votre vie cela s'est-il passé ?* ». La ou les année(s)/période(s) où cela s'est produit ont été rapportées sur la grille biographique. L'enquête ne renseignait pas les personnes à l'origine de ces actes.

La formulation de la question (où il est question de contrainte, quel qu'en soit le type physique ou psychologique) et le caractère biographique du questionnaire facilitent la remémoration et la dicibilité des événements, y compris les plus chargés émotionnellement. Cette question a été posée aux personnes enquêtées à la fin du récit de l'histoire de leur(s) relation(s) affective(s) et/ou sexuelle(s), à un moment où un travail rétrospectif important a donc été réalisé, ce qui permet à la personne de se remémorer des événements. L'enquête biographique, proche du récit de vie, facilite également la confiance sur un sujet dont il peut être difficile de parler.

nationales menées en France n'ont pas, au moment où paraît cet ouvrage, fait de focus spécifique sur les populations immigrées dont certains parcours de vie peuvent exposer davantage à ces violences, et d'autre part, parce que les intitulés des questions et le mode de recueil des réponses ne

sont pas tout à fait comparables. Cependant le niveau élevé de déclarations de rapports imposés ou non consentis que nous relevons chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (près d'une femme sur cinq) alerte sur l'importance de la violence sexuelle dans la population enquêtée : une population recrutée dans les structures de santé, diversifiée et composée en partie de personnes avec des parcours de vie particulièrement difficiles, à la différence des enquêtes en population générale qui ne parviennent pas à toucher ces populations (cf. chapitre 1).

Ce niveau élevé peut s'expliquer en partie par le fait que certaines personnes viennent de pays en situation de conflit ou de post-conflit, qu'elles ont pu d'ailleurs quitter pour cette raison, et où la violence sexuelle est importante, surtout envers les femmes (Freedman, 2011) mais également envers les hommes (Pape, 2013), car elle peut être utilisée comme arme de guerre¹. Cependant, comme souligné en introduction, les conditions de vie après l'arrivée en France, notamment les conditions de logement, peuvent aussi exposer les populations migrantes, surtout les femmes, à des violences sexuelles. D'où l'importance de s'intéresser à la temporalité des violences sexuelles dans le parcours de vie et dans le parcours migratoire.

*Une violence subie à l'entrée en vie sexuelle,
mais aussi après la migration*

Les violences sexuelles déclarées dans Parcours sont majoritairement subies à l'adolescence et à l'âge adulte : dans le groupe de référence, 15 % des femmes déclarent avoir subi des rapports sexuels imposés après 15 ans et 4 % d'entre elles déclarent avoir subi ces violences pendant l'enfance (avant 15 ans) (tableau 1). La situation est similaire pour les femmes vivant avec le VIH. Aucun homme du groupe de référence, et 1 % des hommes vivant avec le VIH ont déclaré avoir subi ce type de violences sexuelles pendant l'enfance. Il s'agit majoritairement de violences sexuelles subies avant l'arrivée en France : 15 % des femmes déclarent des « rapports sexuels imposés/non consentis » avant la migration. Cependant, les violences après la migration existent aussi, dans des proportions non négligeables : cela concerne 4 % des femmes du groupe de référence et 7 % des femmes vivant avec le VIH. Après l'arrivée en France, 1 % des hommes du groupe de référence et 2 % des hommes du groupe VIH ont subi des violences sexuelles.

La figure 1 décrit la temporalité des violences sexuelles dans la vie des femmes, en donnant les proportions de femmes ayant subi un

1 Les violences sexuelles en situation de conflit sont complexes, pour résumer à grands traits, le viol envers les femmes vise notamment à porter atteinte à leur rôle symbolique dans la reproduction biologique de l'ethnie ou de la nation (Cockburn, 2004).

Tableau 1. Proportion de personnes ayant subi un rapport sexuel imposé/non consenti au cours de la vie, avant et après 15 ans, avant et après la migration

	Femmes			Hommes		
	Groupe de référence	Groupe VIH	p	Groupe de référence	Groupe VIH	p
	N = 405	N = 568		N = 354	N = 349	
	%	%		%	%	
Au cours de la vie	18	21	n.s.	3	6	n.s.
Avant 15 ans	4	4	n.s.	0	1	n.s.
À 15 ans et plus	15	17	n.s.	3	5	n.s.
Avant la migration	15	14	n.s.	2	5	n.s.
Après la migration	4	7	*	1	2	n.s.

Champ : personnes du groupe de référence et du groupe VIH.

Lecture : 18 % des femmes et 3 % des hommes du groupe de référence ont subi un rapport sexuel imposé/non consenti au cours de leur vie.

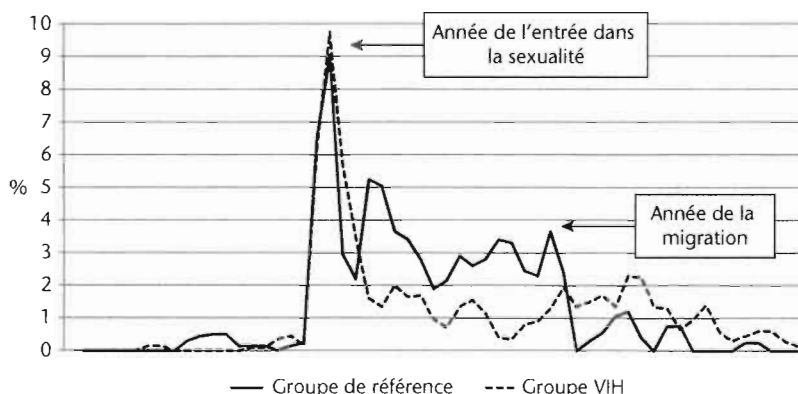
Légende : n.s. : non significatif, * ; significativité à 5 %, ** : 1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

rapport sexuel forcé au cours du temps, en fonction de deux moments clés que sont l'entrée dans la sexualité et la migration. Elle montre clairement que l'entrée dans la sexualité est un moment où une proportion importante de femmes a subi un rapport sexuel imposé par la contrainte (figure 1). Ensuite, dans le groupe de référence, ces proportions baissent progressivement les années qui suivent l'entrée dans la sexualité et remontent légèrement l'année de la migration dans le groupe de référence, puis baissent de nouveau. Chez les femmes du groupe VIH, si l'allure des courbes est relativement similaire, le taux de violences sexuelles après la migration apparaît supérieur à celui des femmes du groupe de référence.

L'entrée dans la sexualité est donc un moment clé de survenue des violences. Des proportions élevées de femmes rapportant un premier rapport sexuel réalisé sous la contrainte avaient été observées dans une autre enquête réalisée auprès de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne (Marsicano, Lydié et Bajos, 2011). Cette entrée dans la sexualité s'est faite avant la migration pour la grande majorité des femmes, et donc les violences sexuelles ont le plus souvent été subies avant la migration. Cependant, la figure 1 souligne également la vulnérabilité des femmes l'année de la migration, donc possiblement pendant le « voyage », et l'existence de violences subies par les femmes du groupe VIH après la migration, ce qui interroge sur le lien entre l'infection VIH et les violences sexuelles après l'arrivée en France.

FIGURE 1. Proportion de femmes ayant subi un rapport sexuel imposé/non consenti par rapport à l'entrée dans la sexualité et la migration



Champ : femmes du groupe de référence et du groupe VIH qui sont entrées dans la sexualité avant la migration.

Note : graphes en temps relatif où le temps écoulé durant les trois périodes (avant l'année déclarée du premier rapport sexuel, entre l'année déclarée au premier rapport sexuel et l'année de la migration, de l'année de la migration à l'année de l'enquête) a été lissé pour chaque femme. Le détail des analyses est disponible sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_6.xlsx.

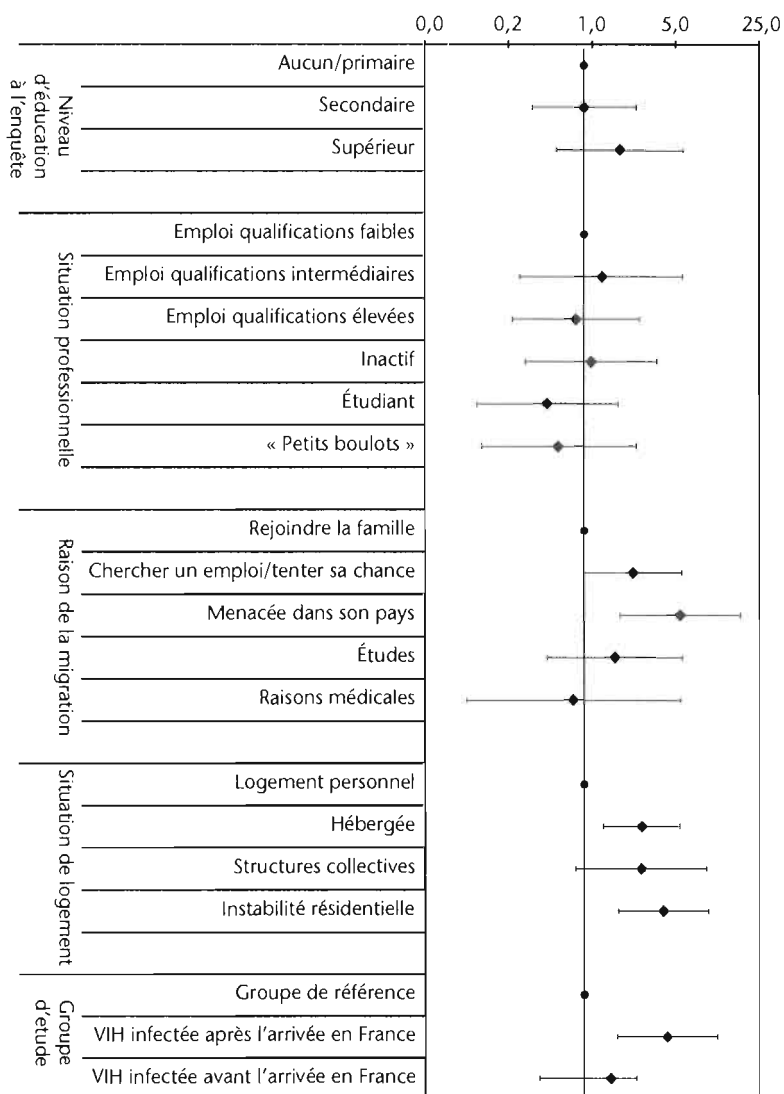
Lecture : l'année de leur premier rapport sexuel, 10 % des femmes déclarent un rapport sexuel imposé/non consenti la même année.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Rôle des conditions de vie et des conditions de la migration dans l'exposition aux violences sexuelles après l'arrivée en France

Les données biographiques de l'enquête Parcours permettent de mettre en lien les rapports sexuels forcés subis chaque année depuis la migration avec la situation professionnelle et résidentielle des femmes aux moments des faits, tout en prenant en compte les caractéristiques des femmes (niveau d'instruction, âge, situation conjugale) et les raisons de leur arrivée en France (pour fuir leur pays, rejoindre leur famille ou chercher en emploi) (figure 2). On observe que les violences sexuelles après l'arrivée en France ne dépendent pas du niveau de diplôme des femmes mais de leurs conditions de vie, conformément aux enquêtes nationales qui ont montré que les violences sexuelles ne dépendent pas de la position sociale des femmes mais qu'elles augmentent en contexte de précarité économique (Cavalin, 2010 ; Jaspard, 2003).

FIGURE 2. Facteurs associés aux rapports sexuels imposés/non consentis subis après l'âge de 15 ans, après la migration, chez les femmes



Champ : femmes du groupe de référence et du groupe VIH.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide d'une régression logistique, adaptée aux données longitudinales à effets mixtes. Les résultats sont également ajustés sur le temps depuis l'arrivée en France, la génération de naissance et le type de relation conjugale. Le détail des analyses est disponible sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_06.xlsx.

Lecture : les points du graphique sont des odds ratios (ou rapports de cotes). Ces derniers s'interprètent selon leur position par rapport à la barre verticale située à

la valeur 1. Les points étant à la droite de la barre (ou supérieurs à 1) montrent un risque supérieur de violences sexuelles comparativement à la catégorie de référence de la même variable, représentée par un point. Les indicateurs sont significatifs lorsque les intervalles de confiance (barres horizontales) ne franchissent pas la barre verticale. On peut donc dire que lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles, les femmes vivant avec le VIH, infectées en France ont davantage de risques d'avoir subi des violences sexuelles après la migration comparativement aux femmes du groupe de référence.

Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

**ENCADRÉ 2. Récit de vie (Pourette, 2011)
(version en français transmise par l'auteure)**

« Ella a 22 ans. Originaire du Ghana, elle est arrivée clandestinement en Europe via l'Italie à bord d'un bateau, dans l'espoir de trouver du travail. Arrivée dans une ville côtière française en décembre 2003, Ella a dormi dehors avant d'être recueillie par un Ghanéen qui lui a proposé de l'héberger en échange de services domestiques. Mais il l'a également forcée à avoir un rapport sexuel, son premier rapport sexuel. Ella est parvenue à se sauver de chez lui en lui volant 30 € pour prendre le train pour Paris. Dans la capitale, elle a également dormi dans la rue jusqu'à ce qu'elle soit recueillie par une femme de son pays. Cependant, Ella devait non seulement faire tous les travaux ménagers, elle devait également travailler sans relâche dans le commerce de tissus de la femme. Au bout de quelques mois, se sentant malade, sans papiers ni couverture médicale, elle s'est rendue dans un hôpital. Le médecin qui a accepté de l'examiner lui a appris qu'elle était enceinte de six mois. Quelques jours plus tard, on lui apprenait qu'elle avait le virus du sida. Au moment de l'entretien, Ella réside en foyer maternel avec sa fille de 6 mois en bonne santé. »

La précarité résidentielle expose les femmes aux violences sexuelles

La première partie de cet ouvrage a montré que le durcissement des politiques migratoires, la précarité administrative qui en découle, le confinement dans les secteurs informels du travail domestique s'accompagnent d'un accès au logement difficile ; or, devoir changer fréquemment de logement, dormir dans des centres d'hébergement d'urgence, voire dans la rue, exposent les femmes aux violences sexuelles. Nous observons en effet que les années vécues sans logement stable, après l'arrivée en France, sont des années où les femmes sont près de quatre fois plus à risque de subir des violences sexuelles (figure 2). Les années où les femmes sont hébergées par de la famille ou des amis, elles sont près de trois fois plus souvent exposées à des violences sexuelles que

lorsqu'elles ont un logement personnel (figure 2). Ces chiffres corroborent les observations faites par plusieurs études qualitatives menées auprès de femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, qui ont montré que lorsque les femmes sont accueillies par la famille et les amis, cela peut avoir des contreparties sous forme de travaux domestiques importants, mais aussi de services sexuels (Moujoud et Pourette, 2008), avec du harcèlement sexuel et des rapports forcés (Jamouille, 2013 ; Pourette, 2011). Pour ne pas dormir dehors, certaines femmes peuvent ainsi être contraintes à avoir des rapports sexuels avec leur logeur, comme l'illustre le récit rapporté par Dolorès Pourette et issu d'une enquête précédente (cf. encadré 2).

Les conditions de la migration et les violences sexuelles

Les femmes dont la migration a été contrainte par la violence dans le pays d'origine (violence interpersonnelle, viol comme arme de guerre ou de torture) apparaissent de nouveau confrontées à la violence après la migration. Comparées aux femmes qui immigrèrent pour des raisons familiales, celles qui sont venues en France parce que leur vie était menacée dans leur pays d'origine sont en effet cinq fois plus à risque de subir un rapport sexuel forcé après leur arrivée en France (figure 2). On retrouve ici un phénomène déjà dénoncé dans d'autres études européennes : les femmes réfugiées et les demandeuses d'asile sont particulièrement exposées à de multiples formes de violence, notamment sexuelle, dans les sociétés d'accueil (Keygnaert, Vettenburg et Temmerman, 2012). Or nous voyons dans *Parcours* que la proportion de femmes qui sont venues en France dans ces circonstances, pour fuir un pays, et donc souvent sans avoir préparé leur migration ou sans réseau social en France, a augmenté ces dernières années. Elles représentent près d'une femme sur quatre parmi celles arrivées après 2005 (cf. chapitre 1).

Violences sexuelles et infection VIH après l'arrivée en France

Les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences sur la santé (Beck *et al.*, 2010) et notamment en matière sexuelle et reproductive, comme cela a été montré en Nouvelle-Calédonie (Hamelin *et al.*, 2010). Nos informations qui estiment la période d'infection avant ou après la migration et datent les violences sexuelles permettent d'interroger l'existence d'un lien entre violences sexuelles et contamination.

*Chez les personnes infectées par le VIH après l'arrivée en France,
les violences sexuelles après la migration sont plus fréquentes*

La figure 3 présente les proportions de femmes qui ont déclaré des rapports forcés au-delà de l'âge de 15 ans, dans le groupe de référence, et chez les femmes suivies pour un VIH selon qu'elles aient été infectées avant ou après l'arrivée en France. Parmi les femmes qui ont très probablement été infectées par le VIH en France, 15 % ont déclaré avoir été forcées à avoir un rapport sexuel contre leur volonté depuis leur arrivée en France contre 4 % des femmes du groupe de référence. Bien que dans des proportions bien plus faibles, cette différence se retrouve chez les hommes : 3 % des hommes infectés par le VIH en France ont subi des rapports forcés contre 1 % dans le groupe de référence. Ces différences sont statistiquement significatives pour les femmes.

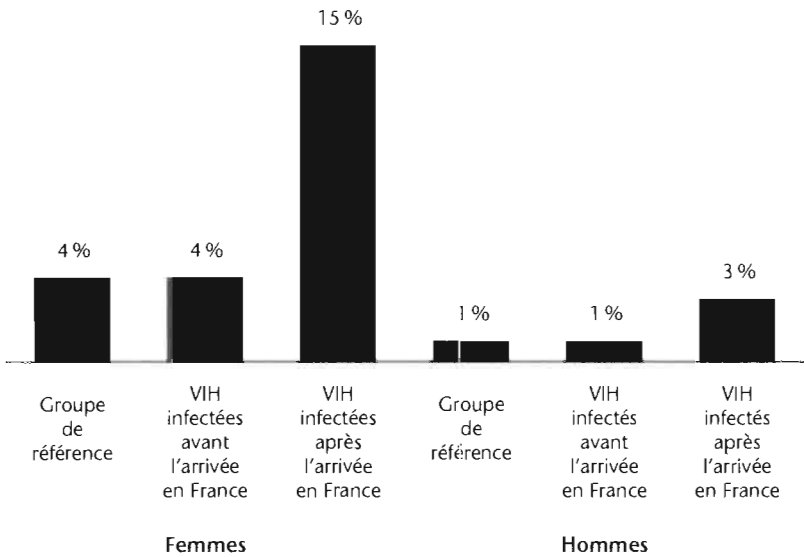
*Violences sexuelles et VIH : du lien statistique
à l'explication des mécanismes*

Plusieurs études menées dans différents contextes auprès de femmes vivant avec le VIH ont montré qu'elles étaient plus souvent victimes de violences sexuelles que des femmes non infectées, et plus souvent victimes de violences conjugales (Dunkle et Decker, 2013). Les mécanismes qui expliquent le lien entre les violences sexuelles et le VIH sont multiples, ils tiennent à la fois au fait que les hommes violents et les femmes victimes de violences ont plus de comportements sexuels à risque (moindre usage du préservatif, plus de partenaires) et au fait que les violences dans le couple sont un obstacle à l'adoption de mesures de prévention et sont associées à un risque accru de contamination (Campbell *et al.*, 2013 ; Dunkle et Decker, 2013 ; Stockman, Lucea et Campbell, 2013). Nous confirmons avec l'étude Parcours ce lien entre infection du VIH et violences sexuelles, qui existe aussi en France en situation d'immigration.

Conclusion

Les études quantitatives sur les violences envers les populations immigrées en France et plus largement en Europe sont rares (Gonçalves et Matos, 2016). Pourtant celles-ci, en particulier les personnes exilées ou réfugiées, sont confrontées à de nombreuses difficultés sociales à leur arrivée, et ces situations les exposent aux violences. L'enquête Parcours montre que les femmes africaines qui ont fui leur pays parce qu'elles y étaient menacées sont particulièrement exposées à des violences sexuelles après leur arrivée en France.

FIGURE 3. Proportions de personnes ayant subi un rapport sexuel imposé/non consenti après l'âge de 15 ans, après la migration



Champ : personnes enquêtées du groupe de référence et du groupe VIH.

Note : le détail des effectifs et des valeurs représentés sur ce graphique est sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_06.xlsx.

Lecture : 15 % des femmes infectées par le VIH après leur arrivée en France ont subi un rapport sexuel imposé/non consenti après l'âge de 15 ans, après la migration.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Elle apporte ainsi une preuve scientifique supplémentaire aux signes croissants d'alerte sur l'exposition à la violence sexuelle des femmes réfugiées (Freedman, 2016). Malgré ces alertes, les politiques publiques tardent à mettre en place des programmes de prévention de ces violences (Keynaert *et al.*, 2015).

Notre étude apporte des éléments concrets pour prévenir ces violences : elle souligne que les violences sexuelles envers les femmes africaines après la migration sont plus fréquentes lorsque celles-ci n'ont pas de logement stable et lorsqu'elles sont hébergées. Ces rapports sexuels non souhaités, voire forcés sont rarement protégés et s'accompagnent donc du risque d'infection par le VIH. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer le dispositif d'accès au logement personnel et d'aborder la question des violences sexuelles dans une perspective à la fois politique, sociale et sanitaire. Dans la période d'installation faite de précarité et d'insécurité administrative, les violences institutionnelles et interpersonnelles apparaissent étroitement intriquées et pèsent particulièrement lourd sur les femmes.

Bibliographie

- BAJOS N., BOZON M., L'ÉQUIPE CSF, 2008, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Population et sociétés*, 445, p. 4.
- BECK F., CAVALIN C., MAILLOCHON F. (dir.), 2010, *Violences et santé en France : état des lieux*, La Documentation française, coll. « Études et Statistiques », Paris, 274 p.
- CAMPBELL J. C., LUCEA M. B., STOCKMAN J. K., DRAUGHON J. E., 2013, « Forced sex and HIV risk in violent relationships », *American Journal of Reproductive Immunology* (New York, N.Y., 1989), 69, 0 1, p. 41-44.
- CAVALIN C., 2010, « Des parcours de vie difficiles, où surviennent violences et problèmes de santé », in F. BECK, C. CAVALIN et F. MAILLOCHON (dir.), *Violences et santé en France. État des lieux*, La Documentation française, Paris, p. 171-184.
- COCKBURN C., 2004, *The Continuum of Violence. A Gender Perspective on War and Peace*, California Scholarship Online.
- DEBAUCHE A., 2007, « Enquêter sur le viol : entre sexualité et violence », in M. JASPARD et N. CHETCUTI (dir.), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, deux pas en arrière*, L'Harmattan, Paris, p. 75-94.
- DEBAUCHE A., LEBUGLE A., BROWN E., ÉQUIPE VIRAGE, 2017, « Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles », Document de travail, 229, Ined, Paris.
- DUNKLE K.L., DECKER M.R., 2013, « Gender-based violence and HIV : reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups », *American Journal of Reproductive Immunology* (New York, N.Y., 1989), 69 Suppl 1, p. 20-26.
- FREEDMAN J., 2016, « Sexual and gender-based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis" », *Reproductive Health Matters*, 24, 47, p. 18-26.
- FREEDMAN J., 2011, « Explaining sexual violence and gender inequalities in the DRC », *Peace Review*, 23, 2, p. 170-175.
- GONÇALVES M., MATOS M., 2016, « Prevalence of violence against immigrant women : a systematic review of the literature », *Journal of Family Violence*, 31, 6, p. 697-710.
- HAMEL C., DEBAUCHE A., BROWN E., ÉQUIPE VIRAGE, 2016, « Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage », *Population et sociétés*, 558, p. 4.
- HAMELIN C., SALOMON C., CYR D., GUEGUEN A., LERT F., 2010, « Childhood sexual abuse and adult sexual health among indigenous Kanak women and non-Kanak women of New Caledonia », *Child Abuse & Neglect*, 34, 9, p. 677-688.
- JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris, 212 p.
- JASPARD M., 2003, *Les Violences envers les femmes en France : une enquête nationale*, La Documentation française, Paris, 380 p.

KEYGNAERT I., DIAS S.F., DEGOMME O., DEVILLÉ W., KENNEDY P., KOVÁTS A., DE MEYER S., VETTENBURG N., ROELENS K., TEMMERMAN M., 2015, « Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector : a perpetuum mobile ? », *European Journal of Public Health*, 25, 1, p. 90-96.

KEYGNAERT I., VETTENBURG N., TEMMERMAN M., 2012, « Hidden violence is silent rape : sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands », *Culture, Health & Sexuality*, 14, 5, p. 505-520.

LYDIÉ N., 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Inpes (Études santé), Saint-Denis, 176 p.

MACDOWALL W., GIBSON L.J., TANTON C., MERCER C.H., LEWIS R., CLIFTON S., FIELD N., DATTA J., MITCHELL K.R., SONNENBERG P., ERENS B., COPAS A.J., PHELPS A., PRAH P., JOHNSON A.M., WELLINGS K., 2013, « Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain : findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3) », *The Lancet*, Londres, 382, 9907, p. 1845-1855.

MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2011, « Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France », *Population*, 66, 2, p. 313-341.

MOUJOU D., POURETTE D., 2008, « " Traite " de femmes migrantes, domesticité et prostitution », *Cahiers d'études africaines*, 179-180, p. 1093-1121.

OMS, 2010, « Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women », Organisation mondiale de la santé.

PAPE M.L., 2013, « Viol d'hommes, masculinités et conflits armés », *Cahiers d'études africaines*, 53, 209-210, p. 201-215.

POURETTE D., 2011, « Violence against women and ethnicity : commonalities and differences across Europe », in THIARA R.K., CONDON S.A., SCHROTTLE M. (dir.), *Violence against Women and Ethnicity. Commonalities and Differences across Europe*, Barbara Budrich Publishers, Berlin, p. 140-154.

STOCKMAN J.K., LUCEA M.B., CAMPBELL J.C., 2013, « Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women : a global review of the literature », *AIDS and Behavior*, 17, 3, p. 832-847.

*Recours au dépistage du VIH :
des leviers bien identifiés
mais encore des opportunités à créer*

Frédérique Limousi, Nathalie Lydié

L'Onusida estime que 17,1 millions des 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde ignorent qu'elles sont porteuses du virus du sida (UNAIDS, 2015). Se faire dépister est une première étape cruciale pour les personnes vivant avec le VIH afin d'accéder au traitement. Les multithérapies antirétrovirales, disponibles depuis 1996, permettent de réduire considérablement la réplication du virus dans l'organisme jusqu'à rendre la charge virale des personnes indétectable par des tests classiques. Les traitements, par leur efficacité, améliorent de manière très significative la qualité de vie des personnes infectées et limitent très fortement les risques de transmission du virus à leur(s) partenaire(s).

En France, on estime à environ 25 000 le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité, dont 40 % sont des hétérosexuels (hommes et femmes) nés à l'étranger (Supervie, 2016). Par ailleurs, des travaux de modélisation ont montré que le délai entre l'infection et le diagnostic était très long parmi ces populations : de 53,5 mois en moyenne pour les hommes et de 41,2 mois pour les femmes (Ndawinz, Costagliola et Supervie, 2011). Identifier les personnes non diagnostiquées et réduire le délai entre l'infection et le diagnostic sont aujourd'hui des leviers clés de la lutte contre le VIH en France.

Depuis le début des années 2000, les populations étrangères/migrantes et en particulier celles d'Afrique subsaharienne font l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et la promotion du dépistage a toujours été un axe fort des plans nationaux de lutte contre le VIH/sida (ministère de la Santé et de la Protection sociale, Direction générale de la santé et Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2004).

Les politiques de dépistage s'appuient également sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) qui sont en faveur d'un dépistage annuel chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne (Haute Autorité de santé, 2008). La répétition du test est, en effet, essentielle pour ces populations fortement exposées, au sein desquelles la transmission du virus est favorisée par l'endogamie des réseaux sexuels (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013).

Les connaissances actuelles tendent à montrer que le niveau de recours au dépistage des personnes originaires d'Afrique subsaharienne est relativement élevé. Une enquête réalisée auprès d'immigrés d'Afrique subsaharienne résidant en Île-de-France en 2005 a montré que 65 % des personnes interrogées avaient déjà fait un test de dépistage, dont 34 % plusieurs fois (Le Vu, 2007). En 2011, dans une autre enquête réalisée auprès de la population afro-caribéenne d'Île-de-France, 68 % des hommes et 77 % des femmes avaient déjà fait un test au cours de leur vie (Marsicano, Ndziessi et Lydié, 2013). Mais ce recours est insuffisant au regard des données épidémiologiques disponibles et les freins au dépistage restent nombreux. Ils sont de plusieurs ordres : individuel, social et structurel (Blondell *et al.*, 2015 ; Deblonde *et al.*, 2010).

L'enquête Parcours permet de retracer de manière rétrospective les premières années passées en France pour un ensemble de domaines de la vie (personnel, professionnel, résidentiel, etc.) et l'histoire des dépistages (date, circonstances, résultat). Il est donc possible, à partir de ces données, d'identifier l'influence de différents facteurs sur le recours au dépistage suite à l'arrivée en France, mais aussi d'étudier la dynamique de renouvellement du test.

La première partie de ce chapitre propose une analyse du recours au dépistage parmi les personnes déjà infectées au moment de l'arrivée. La description du délai au diagnostic VIH, des circonstances de réalisation du test et du degré d'évolution de la maladie au moment du diagnostic apporte des éléments de compréhension de cette dynamique. Pour ces analyses, ont été sélectionnées les personnes du groupe VIH arrivées après l'année 2000, dont le diagnostic a été posé après l'arrivée en France, mais qui avaient probablement été infectées avant la migration.

Dans une deuxième partie, une analyse des facteurs associés au dépistage année par année dans le groupe de référence permet d'identifier, parmi les événements et conditions de vie qui évoluent au cours du temps pour un même individu, quelles sont les situations susceptibles de favoriser ou freiner la réalisation d'un test de dépistage après l'arrivée en France. Pour ces analyses, la population d'étude a été restreinte aux personnes arrivées en France après l'année 2000, pour rendre compte du contexte des politiques de prévention dans cette période récente. L'objet de l'analyse était l'accès au premier test de dépistage réalisé en France.

La répétition des tests est traitée dans une troisième partie. Celle-ci présente une typologie des comportements de dépistage en fonction du nombre de tests réalisés en France, du délai entre l'arrivée et le premier test et du fait d'avoir été au moins une fois à l'initiative du test. Cette analyse concerne l'ensemble du groupe de référence, quelle que soit l'année d'arrivée en France.

Enfin, une description des personnes n'ayant jamais réalisé de test de dépistage depuis leur arrivée en France est proposée. Ces analyses portent sur les personnes du groupe de référence entrées dans la sexualité avant leur arrivée ou l'année de leur arrivée.

Un diagnostic du VIH survenant pour la plupart des personnes déjà infectées dans les deux ans suivant leur arrivée¹

Parmi les personnes du groupe VIH arrivées en France après 2000 et classées comme ayant été infectées avant leur arrivée (chapitre 5) (115 hommes et 216 femmes), 48 % des hommes et 43 % des femmes ont été diagnostiqués lors de leur première année passée en France, 22 % des hommes et 26 % des femmes la deuxième année et 11 % des hommes et 18 % des femmes la troisième année. Le diagnostic n'a eu lieu que la quatrième année ou au-delà pour 19 % des hommes et 13 % des femmes.

Un peu plus d'un quart des femmes et près d'un tiers des hommes déclaraient avoir été diagnostiqués alors qu'ils étaient malades ou hospitalisés (tableau 1). Le bilan de santé proposé par le médecin arrivait ensuite pour 26 % des hommes et 17 % des femmes.

Le diagnostic était survenu à un stade tardif (défini par un taux de CD4 < 200/mm³ ou un stade sida) dans 44 % des cas pour les hommes et 33 % des cas pour les femmes. Ces pourcentages sont proches de ceux issus du système de déclaration obligatoire du VIH qui indiquent que, en 2015, 38 % [IC95 % : 33-44] des hommes nés en Afrique subsaharienne et 27 % [IC95 % : 22-32] des femmes ont découvert leur infection à un stade tardif (communication personnelle, Santé publique France) (Cazein *et al.*, 2015). Pendant toute la période où elles ignorent leur séropositivité, les personnes ont un risque très élevé de transmettre l'infection à leurs partenaires car, en l'absence de traitement, la quantité de virus dans le

1 Ces résultats sont extraits d'un article soumis en février 2017 : Limousi F. *et al.*, « Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from Subsaharan Africa : The role of both health and social care systems ».

Tableau 1. Circonstances du diagnostic de VIH des personnes probablement infectées avant leur arrivée en France

	Hommes (N = 115)	Femmes (N = 216)
Initiative médicale		
Bilan de santé	26 %	17 %
Proposition du médecin	11 %	13 %
Maladie	24 %	19 %
Hospitalisation	8 %	8 %
Propre initiative		
Juste pour savoir	14 %	14 %
Pour arrêter le préservatif	1 %	1 %
A été exposé à un risque	10 %	0 %
À la demande du partenaire	0 %	0,2 %
Dépistage systématique		
Grossesse	2 %	23 %
Dépistage pré-nuptial	2 %	1 %
Travail, papiers, logement, voyage	0 %	1 %
Autre circonstance ou non renseigné	2 %	3 %

Champ : premier test de dépistage du VIH réalisé après l'arrivée en France, hommes et femmes du groupe VIH arrivés après 2000, classés comme ayant été infectés avant l'arrivée.

Note : la catégorie « a été exposé à un risque » comprend les personnes ayant répondu qu'elles avaient pris un risque, que leur partenaire était infecté ou qu'elles avaient connu une rupture de préservatif.

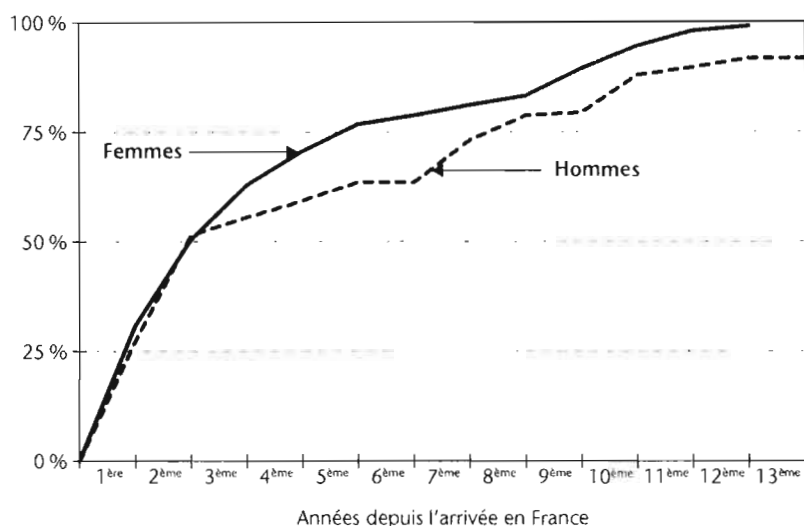
Lecture : pour 26 % des hommes, le diagnostic a été posé dans le cadre d'un bilan de santé.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

sang est élevée. Chaque année passée à ignorer son statut est donc à la fois synonyme de perte de chances pour les personnes infectées qui ne bénéficient pas des traitements efficaces et un facteur d'aggravation de l'épidémie compte tenu d'un risque de transmission important.

Le contrôle de l'épidémie passe donc par la promotion d'un dépistage plus systématique à l'arrivée. L'analyse des facteurs associés au recours au dépistage en France après l'arrivée parmi les personnes du groupe de référence permet d'en identifier les potentiels leviers.

FIGURE 1. Proportion d'individus ayant fait un test de dépistage du VIH en France selon le temps passé depuis l'arrivée



Champ : femmes et hommes du groupe de référence arrivés en France après 2000.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier.

Lecture : au cours de la première année en France, 31 % des femmes et 27 % des hommes ont fait un test de dépistage du VIH.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Rôle des professionnels de santé et de la prise en charge sociale dans le premier dépistage en France

Dans le groupe de référence, la moitié des hommes et la moitié des femmes ont eu accès à leur premier test de dépistage du VIH en France au cours des deux années suivant leur arrivée. Au bout de la 5^e année, les trois quarts des femmes avaient réalisé un test de dépistage et au bout de la 8^e année, les trois quarts des hommes (figure 1).

Peu d'initiative personnelle dans la réalisation du premier dépistage

Pour 26 % des hommes et 16 % des femmes, le premier test a été réalisé à leur propre initiative et le plus souvent « pour savoir » (tableau 2). Les professionnels de santé jouent donc un rôle majeur dans le dépistage des populations arrivant en France : pour 69 % des hommes et 51 % des femmes, le test a été réalisé à l'initiative du médecin très souvent lors d'un

Tableau 2. Circonstances de réalisation du premier test de dépistage après l'arrivée en France

	Hommes (N = 135)	Femmes (N = 162)
Initiative médicale		
Bilan de santé	39 %	22 %
Proposition du médecin	28 %	24 %
Maladie	2 %	1 %
Hospitalisation	0,2 %	4 %
Propre initiative		
Juste pour savoir	23 %	14 %
Pour arrêter le préservatif	0 %	1 %
A été exposé à un risque	2 %	1 %
À la demande du partenaire	1 %	0 %
Dépistage systématique		
Grossesse	1 %	26 %
Dépistage pré-nuptial	0 %	4 %
Travail, papiers, logement, voyage	2 %	3 %
Autre circonstance ou non renseigné	2 %	0 %

Champ : premier test de dépistage du VIH réalisé après l'arrivée en France, hommes et femmes du groupe de référence arrivés après 2000.

Note : la catégorie « a été exposé à un risque » comprend les personnes ayant répondu qu'elles avaient pris un risque, que leur partenaire était infecté ou qu'elles avaient connu une rupture de préservatif.

Lecture : pour 39 % des hommes ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH en France, le premier test a été réalisé dans le cadre d'un bilan de santé.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

bilan de santé. La grossesse est une occasion importante de dépistage pour les femmes (26 %), mais cette occasion de tester le partenaire masculin contribue peu au dépistage des hommes (1 %).

Les facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage du VIH chaque année à partir de l'arrivée sont présentés dans le tableau 3.

Un premier dépistage favorisé par la précarité chez les hommes

Indépendamment des autres facteurs caractérisant la situation des personnes une année donnée, le recours au dépistage était plus fréquent lorsque les hommes rencontraient des difficultés socioadministratives, notamment lors de périodes sans emploi et de périodes sans titre de séjour. Ceci peut s'expliquer à la fois par l'accès à des dispositifs spécialisés dans l'accueil d'immigrés en difficulté et par les pratiques professionnelles. Dans

les hôpitaux, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) offrent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins, mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières. Dans d'autres structures comme les centres médico-sociaux, les professionnels de santé ont tendance à proposer un dépistage de manière plus systématique aux immigrés originaires d'Afrique subsaharienne qu'aux immigrés d'autres origines (Maghreb, Moyen-Orient) et aux personnes en situation de précarité (Rigal *et al.*, 2011).

Au-delà de la première année, la probabilité d'être dépisté diminue de manière significative chez les hommes, probablement parce que le dépistage est moins souvent proposé par les professionnels de santé à des immigrés présents depuis plus longtemps (Rigal *et al.*, 2011). Cette attitude est problématique dans la mesure où les données de Parcours ont permis d'estimer que 44 % des hommes et 30 % des femmes séropositifs pour le VIH nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été infectés en France (chapitre 5) et que, d'autre part, 39 % d'entre eux l'ont été plus de six ans après l'arrivée. Il est donc important de proposer un test de dépistage aux personnes arrivées depuis plusieurs années et d'inciter les professionnels et les personnes elles-mêmes à le répéter régulièrement lorsque leur mode de vie ou leurs comportements sexuels favorisent leur exposition au VIH.

Un dépistage favorisé par les contacts avec le système de santé chez les femmes

Chez les femmes, la situation socioadministrative ne semble pas jouer le même rôle que chez les hommes. En revanche, l'accès au dépistage pour la première fois en France est associé à un contact avec le système de santé, soit dans le cadre d'une grossesse, soit à l'occasion d'une hospitalisation (tableau 3). En France, le dépistage prénatal est systématiquement proposé aux femmes depuis 1993. Il a été évoqué par un quart des femmes comme motif du premier dépistage après l'arrivée. Il ne profite pas aux hommes alors que celui-ci devrait être envisagé dans une perspective de prise en charge globale du couple.

Chez les hommes, l'hospitalisation n'est pas associée au dépistage, confirmant les résultats d'une autre étude qui a montré que 45 % des immigrés d'Afrique subsaharienne qui découvriraient leur infection n'avaient jamais été testés auparavant, alors même que la quasi-totalité d'entre eux rapportait un contact avec un professionnel de santé au cours des trois années précédentes (Champenois *et al.*, 2013). Ces opportunités manquées de dépistage persistent malgré la recommandation de la HAS qui

Tableau 3. Facteurs associés au recours au dépistage du VIH après l'arrivée en France

	Femmes			Hommes		
	Effectifs	%	ORa	Effectifs	%	ORa
Niveau d'éducation à l'arrivée						
Aucun/primaire	99	29	Réf	225	14	Réf
Secondaire	386	23	0,7	270	26	2,3*
Supérieur	92	33	1,3	99	22	1,9
Prévalence du VIH dans le pays de naissance						
Inférieure à 1 %	175	20	Réf	261	19	Réf
Entre 1 et 3 %	285	31	2,2**	285	21	0,8
Supérieure ou égale à 3 %	117	25	2,1*	48	34	1,0
Raison de l'arrivée en France						
Tenter sa chance/trouver du travail/raisons familiales/études	409	24	Réf	426	19	Réf
Menacé.e dans son pays	137	29	1,5	145	26	0,9
Raisons de santé	31	41	3,1*	23	37	1,2
Âge						
16-29 ans	244	25	Réf	186	24	Réf
30-34 ans	116	30	1,3	130	22	0,8
35 ans et plus	217	26	1,4	278	19	0,8
Durée du séjour en France						
1 an	205	31	Réf	196	27	Réf
2 ans	117	29	0,8	121	32	1,4
3 ans	68	25	0,9	73	8	0,3*
4 ans ou plus	187	21	0,5	205	14	0,8
Type de relations au cours de la vie						
Relations stables exclusives seulement	247	23	Réf	111	14	Réf
Relations occasionnelles ou transactionnelles	207	28	1,0	246	16	1,0
Multipartenariat	123	30	1,0	237	30	1,6
Type de logement						
Stable	457	25	Réf	456	18	Réf
Instabilité résidentielle	120	34	1,3	138	32	1,6
Activité professionnelle						
En emploi ou études	267	23	Réf	416	16	Réf
Inactif	310	30	1,2	178	36	2,2**

	Femmes			Hommes		
	Effectifs	%	ORa	Effectifs	%	ORa
Titre de séjour						
Tout titre de séjour	345	29	Réf	317	16	Réf
Absence de titre de séjour	232	22	0,6	277	30	2,0*
Couverture maladie						
Non	152	22	Réf	182	24	Réf
Oui	425	27	1,1	412	20	1,8
Hospitalisation						
Non	557	25	Réf	573	21	Réf
Oui	20	55	5,6**	21	42	1,2
Grossesse						
Non	482	21	Réf			
Oui	95	56	7,3***			

Champ : hommes et femmes du groupe de référence arrivés après 2000, entrés dans la sexualité avant l'arrivée ou l'année de l'arrivée en France.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques adaptées aux données longitudinales à temps discret. Les effectifs correspondent au nombre total d'années passées en France dans chaque situation. La variable « type de relations au cours de la vie » a été construite en prenant en compte l'ensemble des relations vécues au cours de la vie avant l'année n. La catégorie *relations occasionnelles ou transactionnelles* comprend les personnes ayant déjà connu au moins une relation occasionnelle ou transactionnelle, mais n'ayant jamais déclaré deux relations la même année ; la catégorie *multipartenariat* comprend les personnes ayant connu au moins une fois deux relations la même année.

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que la probabilité de faire un test de dépistage du VIH est supérieure (respectivement inférieure) à celle de la modalité de référence. Exemple : lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles incluses dans le modèle, les femmes nées dans un pays où la prévalence du VIH est entre 1 et 3 % sont plus rapidement dépistées après l'arrivée que les femmes nées dans un pays où la prévalence est inférieure à 1 %.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur les autres variables incluses dans le modèle ; ° : variables variant dans le temps.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

indique « qu'un test de dépistage peut être proposé lors d'un recours aux soins hospitaliers, comme dans le cadre d'une prise en charge préopératoire ».

ENCADRÉ. Méthode de classification en profils vis-à-vis du dépistage

Une classification a été réalisée afin d'identifier des profils de comportements vis-à-vis du dépistage du VIH, à partir de trois variables : le délai au premier dépistage après l'arrivée en France, le nombre de tests réalisés en France et la réalisation d'un test au moins une fois de sa propre initiative. La méthode utilisée est une classification mixte, basée sur une analyse factorielle réalisée sur les variables actives, suivie d'une classification ascendante hiérarchique qui permet d'aboutir à une partition des individus. La classification a porté sur les 577 personnes du groupe référence qui avaient réalisé au moins un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France, et une partition en trois classes d'effectifs équivalents a été retenue. Une description statistique des classes a pu alors être effectuée afin, d'une part, de préciser les variables actives à l'origine des regroupements observés et, d'autre part, de caractériser ces regroupements *a posteriori* à partir des variables illustratives. Seules les associations significatives avec un test de Chi-2 au seuil de 5 % sont présentées et discutées, mis à part le sexe et l'âge qui sont mentionnés de manière systématique.

Les variables illustratives qui ont permis de caractériser les profils sont les suivantes :

Moyenne d'âge

Sexe

Période d'arrivée en France (avant 1996/entre 1996 et 2003/à partir de 2004)

Âge à l'arrivée en France (moins de 24 ans/entre 25 et 34 ans/35 ans et plus)

Raisons de la migration (tenter sa chance ou trouver du travail/raisons familiales/menacé.e dans son pays/études/raisons de santé)

Prévalence du VIH dans le pays de naissance (moins de 1 %/entre 1 % et 3 %/au moins 3 %)

Dépistage du VIH avant l'arrivée en France (oui/non)

Âge au premier test (12 à 24 ans/25 à 34 ans/35 ans et plus)

Dépistage prénatal en France (oui/non)

Hospitalisation depuis l'arrivée en France (oui/non)

Médecin traitant déclaré (oui/non)

Nombre de partenaires sexuels au cours de la vie (aucun/un seul/2 à 4 / 5 et plus)

Niveau d'études (aucun ou primaire/secondaire/supérieur)

Situation professionnelle (emploi qualification faible/emploi qualification intermédiaire ou élevée/inactivité/études)

Ressources (activité propre/famille ou partenaire/allocations/aucune)

Situation de logement (logement personnel/hébergement/structure collective, instabilité ou non renseigné)

Situation administrative (pas de titre de séjour/carte de séjour temporaire ou autorisation provisoire/carte de résident ou nationalité française)

Trois profils de personnes ayant eu recours au dépistage ont été mis en évidence : un groupe de personnes n'ayant été dépistées qu'une seule fois et qui n'était pas à l'origine de la démarche (groupe 1, tableau 4) ; un groupe de personnes dépistées rapidement après l'arrivée, ayant fait plusieurs tests, mais pas souvent de leur propre initiative (groupe 2, tableau 5) ; un groupe de personnes dépistées plus tardivement après l'arrivée, ayant réalisé plusieurs tests et plus souvent à l'initiative du test (groupe 3, tableau 6). Cette classification permet d'illustrer les différentes dynamiques qui peuvent amener au dépistage, à savoir le dépistage systématique dans un cadre médical, le dépistage volontaire et le dépistage isolé, par opportunité.

Pas de lien entre dépistage et comportement sexuel déclaré

En tenant compte des caractéristiques des individus, de leur situation socioéconomique et des contacts avec le système de santé une année donnée, le type de relations rapportées au cours de la vie, y compris le fait d'être engagé dans des relations occasionnelles ou transactionnelles, n'influence pas le recours au dépistage après l'arrivée, chez les hommes comme chez les femmes. Ces situations favorisent pourtant l'exposition au VIH comme cela est démontré dans le chapitre 5 de cet ouvrage. Une hypothèse est que ces situations ne sont pas perçues comme des situations « à risque » pour les personnes concernées et ne motivent donc pas une démarche de dépistage. Ces résultats vont dans le sens d'une étude réalisée au Royaume-Uni qui a montré que la principale raison évoquée par des immigrants d'Afrique subsaharienne séropositifs nouvellement diagnostiqués pour ne pas avoir réalisé un test de dépistage était qu'ils n'envisageaient pas la possibilité d'être séropositifs (pour 70 % d'entre eux) (Burns *et al.*, 2008). Le principal facteur qui aurait pu les inciter à se faire dépister plus tôt, évoqué par 59 % d'entre eux, était tout simplement que quelqu'un leur dise qu'ils étaient « à risque ». Néanmoins, on observe chez les femmes un lien entre le fait de venir d'un pays avec une prévalence du VIH supérieure à 1 % et un accès plus rapide au dépistage après l'arrivée en France, traduisant sans doute l'impact des politiques menées en Afrique dans les pays les plus touchés (Maman *et al.*, 2009 ; Winskell, Hill et Obyerodhyambo, 2011).

Comportements de dépistage : des profils contrastés

Parmi les 763 personnes du groupe de référence, 76 % (577) ont déclaré avoir fait au moins un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France et 42 % plusieurs.

Le dépistage isolé

Il s'agit de personnes ayant réalisé un seul test de dépistage depuis leur arrivée en France, le plus souvent dans le cadre d'un bilan de santé (35 %) ou parce que le médecin l'a conseillé (31 %), mais jamais de leur propre initiative.

Ce groupe est composé de 208 personnes, également réparties entre hommes et femmes, en moyenne âgées de 40 ans. Il est caractérisé par un âge au premier dépistage relativement élevé, avec la moitié des personnes dépistées pour la première fois à l'âge de 35 ans ou plus. Seulement un quart d'entre elles étaient arrivées en France avant 1996 et un peu moins de la moitié après 2004. Par rapport à la totalité des personnes ayant réalisé un test en France, ces personnes sont arrivées à un âge plus avancé et se trouvent plus souvent en situation de précarité au moment de l'enquête, avec 28 % de personnes en instabilité résidentielle ou logement collectif, 23 % sans titre de séjour et 8 % sans aucune ressource. Aucune différence avec l'ensemble des personnes ayant eu recours au dépistage n'est observée concernant la prévalence du VIH dans le pays d'origine ni le fait d'avoir été hospitalisé en France. En revanche, toujours en référence à l'ensemble des personnes testées en France, celles de ce groupe ont moins souvent déclaré un médecin à la Sécurité sociale, moins souvent eu un test dans le cadre du dépistage prénatal et ont eu moins de partenaires sexuels. Il s'agit donc d'une population spécifique, plutôt précarisée, qui a bénéficié d'une opportunité de dépistage à un moment donné, mais qui n'a pas répété le test en l'absence de démarche volontaire. Le dépistage communautaire par TROD (test rapide d'orientation diagnostique) qui participe à l'accessibilité et à la banalisation du dépistage est un dispositif intéressant pour atteindre cette population, notamment grâce à des actions « hors les murs ». Cette démarche d'« aller vers » crée des opportunités de dépistage pour des personnes qui n'ont jamais fait de test comme le montrent les analyses récentes de l'activité de l'association Afrique Avenir. Entre 2014 et 2015, l'association a réalisé 6 565 tests par TROD et, pour 28 % des personnes touchées, il s'agissait d'un premier test. Plus globalement, 62 200 TROD ont été réalisés en 2015 par les associations ou structures habilitées, soit une faible proportion par rapport aux 5 millions de dépistages réalisés en France, mais avec un taux de positivité beaucoup plus élevé (7,7 positifs pour 1 000 TROD réalisés contre 2,0 positifs pour 1 000 sérologies réalisées dans l'ensemble des laboratoires de biologie) (Cazein *et al.*, 2016). Il s'agit d'un dispositif récent, mais performant dont la montée en charge devrait être favorisée par sa conjugaison avec d'autres dépistages, notamment celui des hépatites B et C.

Tableau 4. Caractéristiques des personnes du groupe 1
« dépistage isolé » comparées aux caractéristiques de l'ensemble
des personnes ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH
depuis leur arrivée en France

	Groupe 1	Total	p
Variables actives			
Nombre de tests			
Un seul	100 %	45 %	***
Deux	0 %	25 %	***
Au moins 3	0 %	31 %	***
Occasion			
Au moins une fois à l'initiative du test	0 %	31 %	***
Jamais à l'initiative	100 %	69 %	***
Variables illustratives			
Période d'arrivée			
Avant 1996	26 %	37 %	*
Âge à l'arrivée			
Moins de 24 ans	33 %	44 %	*
35 ans et plus	22 %	17 %	**
Âge au premier test			
12-24 ans	16 %	26 %	*
35 ans et plus	50 %	36 %	**
Dépistage prénatal en France			
Au moins une fois	15 %	25 %	*
Médecin traitant déclaré			
Oui	75 %	83 %	*
Nombre de partenaires sexuels au cours de la vie			
5 et plus	37 %	48 %	*
Situation professionnelle			
Emploi qualification intermédiaire ou élevée	8 %	17 %	*
Ressources			
Activité propre	66 %	76 %	*
Aucune	8 %	4 %	*
Situation de logement			
Logement personnel	54 %	68 %	**
Structure collective, instabilité ou non précisé	28 %	18 %	*
Situation administrative			
Pas de titre de séjour	23 %	16 %	*
Carte de résident ou nationalité française	44 %	59 %	**

Champ : hommes et femmes du groupe de référence ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France.

Note : seules les associations significatives avec un test de Chi-2 au seuil de 5 % sont présentées.

Lecture : 100 % des personnes du groupe 1 ont fait un seul test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France contre 45 % pour l'ensemble de l'échantillon.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Le dépistage répété

Il s'agit de personnes dépistées en majorité dès l'année de l'arrivée en France et qui ont réalisé plusieurs tests en France, au moins trois pour la moitié d'entre elles.

Ce groupe est composé de 190 personnes, âgées en moyenne de 39,5 ans, dont 68 % de femmes. Les personnes avaient plus souvent déjà bénéficié d'un dépistage du VIH avant leur arrivée en France par rapport à l'ensemble de l'échantillon et ont plus souvent été dépistées pour la première fois avant l'âge de 25 ans. Il s'agit de personnes plus fréquemment arrivées après 1996 et dont seulement 12 % ont été hospitalisées plus d'une semaine depuis leur arrivée en France contre près de 23 % pour l'ensemble de l'échantillon. Près de 40 % des personnes ont été dépistées en France dans le cadre d'un dépistage systématique du VIH pendant la grossesse. Ce groupe ne présente pas d'autres caractéristiques spécifiques, notamment socioéconomiques. Si ces personnes ont un recours au dépistage répété et de manière relativement rapide après l'arrivée, il est nécessaire de maintenir envers elles une proposition de dépistage, étant donné qu'elles sont peu souvent à l'initiative du test. Il s'agit en majorité de femmes, qui, pour un nombre important, ont eu accès au test par le dépistage prénatal. Celui-ci, qui est un dispositif majeur dans la prévention du VIH, ne concerne cependant les femmes que ponctuellement, à une certaine période de leur vie. Il doit donc pouvoir être complété d'autres dispositifs pour maintenir un accès au dépistage régulier.

Le dépistage volontaire

Il s'agit de personnes dépistées plus tardivement après l'arrivée, pour plus de la moitié à partir de la huitième année passée en France et ayant réalisé plusieurs tests de dépistage depuis leur arrivée (au moins 3 pour 44 % d'entre elles). Les trois quarts de ces personnes ont déjà été à l'initiative du test, contre seulement 31 % dans l'ensemble de l'échantillon. Ces résultats s'expliquent en grande partie par le fait qu'il s'agit de personnes arrivées à un âge jeune, le plus souvent avant 1996, pour faire des études ou rejoindre leur famille. Par ailleurs, ce groupe composé de 179 personnes est en moyenne plus âgé que l'ensemble de l'échantillon (42,9 ans vs 40,7) et est composé de 59 % de femmes. Les personnes de ce groupe résident au moment de l'enquête plus souvent dans un logement personnel et disposent d'un titre de séjour long ou ont la nationalité française dans près de 80 % des cas. Ce groupe est caractérisé par un niveau socioéconomique plus élevé, avec une proportion moins importante de personnes peu ou non éduquées et davantage de personnes occupant un emploi de catégorie intermédiaire ou haute. Le recours au système de santé y est plus fréquent,

Tableau 5. Caractéristiques des personnes du groupe 2
« dépistage répété » comparées aux caractéristiques de l'ensemble
des personnes ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH
depuis leur arrivée en France

	Groupe 2	Total	p
Variables actives			
Délai au premier test			
L'année de l'arrivée	54 %	25 %	***
Au-delà de huit ans après l'arrivée	0 %	30 %	***
Nombre de tests			
Un seul	6 %	45 %	***
Deux	45 %	25 %	***
Au moins 3	49 %	31 %	***
Variables illustratives			
Période d'arrivée			
Avant 1996	25 %	37 %	*
Dépistage du VIH avant l'arrivée			
Oui	22 %	14 %	*
Âge au premier test			
12-24 ans	37 %	26 %	*
35 ans et +	19 %	36 %	***
Dépistage prénatal en France			
Au moins une fois	40 %	25 %	**
Hospitalisation en France			
Oui	12 %	23 %	*

Champ : hommes et femmes du groupe de référence ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France.

Note : seules les associations significatives avec un test de Chi-2 au seuil de 5 % sont présentées.

Lecture : 54 % des personnes du groupe 2 ont fait un test de dépistage du VIH l'année de l'arrivée contre 25 % pour l'ensemble de l'échantillon.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

avec une proportion plus importante de personnes ayant déclaré un médecin traitant et de personnes ayant été hospitalisées. Il s'agit très clairement de personnes socialisées en France et leurs caractéristiques individuelles (durée et sécurité du statut conférées par la naturalisation et un logement personnel, un niveau d'éducation plus élevé, une situation professionnelle stable) vont dans le sens d'une participation sociale permettant d'avoir accès à l'information et aux campagnes institutionnelles, d'être partie prenante des débats publics qui contribuent à la mise en œuvre de démarches de prévention.

Tableau 6. Caractéristiques des personnes du groupe 3
« dépistage volontaire » comparées aux caractéristiques de l'ensemble
des personnes ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH
depuis leur arrivée en France

	Groupe 3	Total	p
Variables actives			
Délai au premier test			
L'année de l'arrivée	0 %	25 %	***
Au-delà de 8 ans après l'arrivée	58 %	30 %	***
Nombre de tests			
Un seul	25 %	45 %	***
Au moins 3	44 %	31 %	**
Occasion			
Au moins une fois à l'initiative	74 %	31 %	***
Variables illustratives			
Âge à l'enquête			
Moyenne	42,9	40,7	*
Période d'arrivée			
Avant 1996	61 %	37 %	***
À partir de 2004	14 %	34 %	***
Âge à l'arrivée			
Moins de 24 ans	60 %	44 %	**
35 ans et +	7 %	17 %	**
Raisons de la migration			
Tenter sa chance/trouver du travail	17 %	26 %	*
Menacé.e dans son pays	12 %	22 %	*
Études	28 %	17 %	**
Prévalence du VIH dans le pays de naissance			
Moins de 1 %	20 %	29 %	*
Au moins 3 %	24 %	14 %	*
Dépistage du VIH avant l'arrivée			
Oui	6 %	14 %	**
Hospitalisation en France			
Oui	38 %	23 %	**
Médecin traitant déclaré			
Oui	93 %	83 %	**
Nombre de partenaires			
5 et plus	61 %	48 %	*
Niveau d'études			
Aucun/primaire	10 %	17 %	*

	Groupe 3	Total	p
Variables illustratives			
Situation professionnelle			
Emploi qualification intermédiaire/élevée	25 %	17 %	*
Situation de logement			
Logement personnel	82 %	68 %	**
Structure collective/instabilité/non renseigné	5 %	18 %	***
Situation administrative			
Pas de titre de séjour	5 %	16 %	**
Carte de séjour temporaire	16 %	26 %	*
Carte de résident/nationalité française	79 %	59 %	***

Champ : hommes et femmes du groupe de référence ayant réalisé au moins un test de dépistage du VIH depuis leur arrivée en France.

Note : seules les associations significatives avec un test de Chi-2 au seuil de 5 % sont présentées.

Lecture : 58 % des personnes du groupe 3 ont fait un test de dépistage du VIH au-delà de 8 ans après l'arrivée en France contre 30 % pour l'ensemble de l'échantillon.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Personnes jamais dépistées : des situations encore trop nombreuses

Environ un quart des personnes du groupe de référence entrées dans la sexualité avant leur arrivée ou l'année de leur arrivée en France n'avait pas réalisé de test de dépistage du VIH au moment de l'enquête. Cette situation concernait plus d'hommes que de femmes (28 % *versus* 17 %).

Chez les femmes, cette proportion était plus élevée parmi celles ayant un niveau d'études primaire ou inférieur indépendamment de l'année d'arrivée et des autres caractéristiques individuelles prises en compte dans l'analyse. Ce résultat correspond à une réalité déjà connue et montrée dans d'autres études en population générale en France (Massari *et al.*, 2015) et chez les immigrés d'Afrique subsaharienne (Le Vu, 2007).

L'âge était également un déterminant du non-recours au dépistage en France, puisque 22 % des femmes âgées de plus de 45 ans n'avaient pas réalisé de test depuis leur arrivée en France. L'étude Vespa2 réalisée auprès de personnes nouvellement diagnostiquées pour le VIH en France a également montré que les femmes les plus âgées avaient davantage de risques d'être diagnostiquées à un stade avancé de la maladie (Wilson *et al.*, 2014). Ces dernières se sentent probablement moins concernées par la problématique du VIH et, parce qu'elles ont plus de 45 ans, elles

Tableau 7. Facteurs associés au fait de ne pas avoir réalisé de test de dépistage du VIH depuis l'arrivée en France

	Femmes			Hommes		
	Effectifs	%	ORa	Effectifs	%	ORa
Période d'arrivée						
1972-1995	118	20	Réf	93	21	Réf
1996-2003	107	9	0,5	82	23	1,1
2004-2013	171	20	2,5	165	37	2,5
Niveau d'études						
Supérieur	96	8	Réf	99	21	Réf
Secondaire	218	11	1,6	154	25	0,8
Aucun/primaire	82	41	7,5**	87	42	1,7
Prévalence du VIH dans le pays de naissance						
Supérieure ou égale à 3 %	71	15	Réf	44	19	Réf
Entre 1 et 3 %	220	12	0,7	160	25	1,1
Inférieure à 1 %	105	27	1,7	136	35	1,6
Âge						
18-34 ans	140	13	Réf	109	30	Réf
35-44 ans	114	11	1,6	102	26	1,1
45-59 ans	142	22	3,1*	129	27	2,1
Type de relations au cours de la vie						
Relations stables exclusives seulement	166	23	Réf	34	42	Réf
Relations occasionnelles ou transactionnelles	118	10	0,5	108	34	1,1
Multipartenariat	112	12	0,7	198	23	0,5
Situation de logement à l'enquête						
Logement personnel	259	15	Réf	164	19	Réf
Hébergé.e	63	20	1,1	70	36	1,9
Structures collectives/foyer	12	13	0,5	32	53	3,9*
Instabilité résidentielle	62	24	1,7	74	35	2,0
Situation professionnelle						
En emploi	216	14	Réf	215	25	Réf
Inactif	161	21	1,0	106	34	0,9
Étudiant	19	16	1,6	19	32	1,1
Enfants						
Oui	331	17	Réf	248	27	Réf
Non	65	13	1,2	92	31	1,2

Champ : femmes et hommes du groupe de référence entrés dans la sexualité avant l'arrivée ou l'année de l'arrivée en France.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques. La variable « type de relations au cours de la vie » a été construite en prenant en compte l'ensemble des relations vécues au cours de la vie avant l'année n. La catégorie *relations occasionnelles ou transactionnelles* comprend les personnes ayant déjà connu au moins une relation

occasionnelle ou transactionnelle, mais n'ayant jamais déclaré deux relations la même année ; la catégorie *multipartenariat* comprend les personnes ayant connu au moins une fois deux relations la même année.

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que le risque de ne pas avoir fait de test de dépistage du VIH depuis l'arrivée est supérieur (respectivement inférieur) à celui de la modalité de référence. Exemple : lorsque l'on tient compte des autres caractéristiques individuelles incluses dans le modèle, les femmes avec un niveau d'études primaire ou n'ayant pas fait d'études ont plus de risques de ne pas avoir fait de test depuis l'arrivée que les femmes ayant un niveau d'études supérieur.

Légende : à * 5 %, ** : 1 %, *** : 1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur les autres variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

ne sont plus concernées par le dépistage prénatal. Il est donc nécessaire de maintenir une proposition systématique de dépistage au sein de cette population plus âgée en s'appuyant sur la médecine générale.

Chez les hommes, la vie en collectivité, dans un foyer de travailleurs ou en centre d'hébergement, était associée à une plus grande probabilité de ne pas avoir réalisé de test en France par rapport aux personnes disposant d'un logement personnel, indépendamment de la durée passée en France et des autres caractéristiques individuelles. Ainsi, 53 % des hommes vivant en collectivité n'avaient pas bénéficié d'un dépistage du VIH en France. Une étude réalisée entre 2012 et 2014 dans des foyers de travailleurs d'Île-de-France, fréquentés en majorité par des immigrés d'Afrique subsaharienne, retrouvait une proportion encore plus élevée, avec 63 % de personnes jamais testées au cours de leur vie, y compris dans le pays d'origine (Guiguet *et al.*, 2016). Ces résultats peuvent être interprétés comme un effet d'isolement des personnes vivant en collectivité par rapport à l'information et la communication sur le VIH/sida. Il serait probablement utile de repenser les modalités d'intervention auprès de ces hommes qui restent éloignés du dépistage malgré l'offre proposée régulièrement par différents acteurs. Cela semble d'autant plus nécessaire que les données de Parcours montrent que ces hommes sont plus souvent engagés dans des relations occasionnelles et/ou concomitantes et que ces relations sont, par ailleurs, associées à un risque plus élevé d'acquisition du VIH en France (chapitre 5).

Conclusion

Grâce à la richesse des informations recueillies et à l'originalité de la démarche biographique, l'enquête Parcours apporte des éléments nouveaux

et fondamentaux dans la compréhension des dynamiques de recours au dépistage des populations d'Afrique subsaharienne en France, à l'heure où son intensification est un des principaux moyens pour contrôler l'épidémie. Les résultats soulignent le rôle majeur des dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes précaires et de l'accès au système de soins par le biais des hospitalisations dans l'offre de dépistage en particulier chez les hommes. Chez les femmes, le dépistage prénatal occupe une place centrale sans que celui-ci ne bénéficie à leur partenaire.

Ces dispositifs assurent un accès au diagnostic pour les personnes infectées à leur arrivée au cours de la première année, mais à un stade déjà très tardif pour une grande partie d'entre elles. Pour les personnes non infectées à leur arrivée, l'accès au dépistage est un peu plus long (le plus souvent la deuxième année), mais, surtout, il n'est pas répété alors que le renouvellement du test est un enjeu majeur si on veut réduire le plus possible la durée entre l'infection et le diagnostic. L'absence de renouvellement s'explique par le fait que ces populations sont rarement à l'initiative du test, excepté celles socialisées en France qui ont intégré les normes de la prévention. De fait, les dispositifs qui permettent d'« aller vers », comme le dépistage communautaire et hors les murs, devraient être renforcés, car ils permettent d'atteindre les personnes les plus éloignées de la prévention en raison de leurs caractéristiques sociales ou comportementales, et en particulier les hommes qui fréquentent peu le système de soins. Des marges de progrès existent également du côté des professionnels de santé au regard de l'existence de nombreuses opportunités manquées de dépistage. Enfin, des actions de sensibilisation et d'information en direction de ces publics doivent continuer à être menées afin de lever les freins au dépistage et favoriser des démarches relevant d'une initiative personnelle.

Bibliographie

- BLONDELL S.J., KITTER B., GRIFFIN M.P., DURHAM J., 2015, « Barriers and facilitators to HIV testing in migrants in high-income countries : a systematic review », *AIDS and Behavior*, 19, 11, p. 2012-2024.
- BURNS F.M., JOHNSON A.M., NAZROO J., AINSWORTH J., ANDERSON J., FAKOYA A., FAKOYA I., HUGHES A., JUNGSMANN E., SADIQ S.T. *et al.*, 2008, « Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK », *AIDS*, 22, 1, p. 115-122.
- CAZEIN F., LE STRAT Y., SARR A., RAMUS C., BOUCHÉ N., PILLONEL J., LOT F., 2016, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 41-42, p. 745-748.
- CAZEIN F., PILLONEL J., LE STRAT Y., PINGET R., LE VU S., BRUNET S., THIERRY D., BRAND D., LECLERC M., BENYELLES L., DA COSTA C., BARIN F.,

- LOT F., 2015, « Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9-10, p. 152-161.
- CHAMPENOIS K., COUSIN A., CUZIN L., LE VU S., DEUFFIC-BURBAN S., LANOY E., LACOMBE K., PATEY O., BÉCHU P., CALVEZ M., SEMAILLE C., YAZDANPANAH Y., 2013, « Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study », *BMC Infectious Diseases*, 13, p. 200.
- DEBLONDE J., DE KOKER P., HAMERS F.F., FONTAINE J., LUCHTERS S., TEMMERMAN M., 2010, « Barriers to HIV testing in Europe : a systematic review », *The European Journal of Public Health*, 20, 4, p. 422-432.
- GUIGUET M., DIONOU S., VOLANT J., SAMBA M.C., BENAMMAR N., CHAUVIN P., SIMON A., 2016, « Men from Sub-Saharan Africa living in worker hostels in France : a hidden population with poor access to HIV testing », *Journal of Immigrant and Minority Health*.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2008, « Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage ».
- LE VU S., 2007, « Connaissances et pratiques liées au dépistage du VIH », in Nathalie LYDIÉ (dir.), *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Éditions Inpes, Paris, p. 129-143.
- MAMAN S., ABLER L., PARKER L., LANE T., CHIROWODZA A., NTOGWISANGU J., SRIRAK N., MODIBA P., MURIMA O., FRITZ K., 2009, « A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites : The influence of care and treatment resources in high prevalence settings », *Social Science & Medicine*, 68, 12, p. 2271-2278.
- MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2013, « "Migrants from over there" or "racial minority here" ? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture, Health & Sexuality*, 15, 7, p. 819-835.
- MARSICANO E., NDIESSI G., LYDIÉ N., 2013, « Afrobaromètre Santé 2011. Enquête auprès des personnes africaines et caribéennes d'Île-de-France ».
- MASSARI V., LAPOSTOLLE A., GRUPPOSO M.-C., DRAY-SPIRA R., COSTAGLIOLA D., CHAUVIN P., 2015, « Which adults in the Paris metropolitan area have never been tested for HIV ? A 2010 multilevel, cross-sectional, population-based study », *BMC Infectious Diseases*, 15, 1.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, 2004, « Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006 ».
- NDAWINZ J.D.A., COSTAGLIOLA D., SUPERVIE V., 2011, « New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data : results for France », *AIDS*, Londres, 25, 15, p. 1905-1913.
- RIGAL L., ROUËSSÉ C., COLLIGNON A., DOMINGO A., DENIAUD F., 2011, « Facteurs liés à l'absence de proposition de dépistage du VIH-sida et

des hépatites B et C aux immigrés en situation de précarité », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59, 4, p. 213-221.

SUPERVIE V., 2016, « Données épidémiologiques VIH récentes en France », XVII^e congrès de la Société française de lutte contre le SIDA, Montpellier, 7 octobre 2016.

UNAIDS, 2015, « AIDS by the numbers 2015 ».

WILSON D'ALMEIDA K., DRAY-SPIRA R., AUBRIÈRE C., HAMELIN C., SPIRE B., LERT F., THE ANRS-VESPA2 STUDY GROUP, 2014, « Frequency and correlates of late presentation for HIV infection in France : older adults are a risk group – results from the ANRS-VESPA2 Study, France », *AIDS Care*, 26, sup1, p. S83-S93.

WINSKELL K., HILL E., OBYERODHYAMBO O., 2011, « Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries : Social representations in young people's narratives », *Social Science & Medicine*, 73, 8, p. 1257-1265.

Les immigrants subsahariens suivis pour une hépatite B chronique : caractéristiques et accès au diagnostic et aux soins¹

Rosemary Dray-Spira, Virginie Gigonzac, Nicolas Vignier

L'hépatite B est une maladie hépatique due à l'infection par virus de l'hépatite B (VHB). La gravité de la maladie réside dans ses complications chroniques, notamment la cirrhose et le cancer du foie. Selon l'OMS, 240 millions de personnes dans le monde vivent avec une hépatite B chronique et 780 000 en meurent chaque année (Lozano *et al.*, 2012 ; WHO, 2014). L'Afrique subsaharienne constitue une zone de forte endémicité pour l'infection par le VHB selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé. De ce fait, les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne contractent fréquemment le virus par voie périnatale ou au cours de leurs premières années de vie, ce qui les expose à un risque élevé de passage à la forme chronique de l'infection (Alter, 2003).

En France, l'hépatite B chronique affecte de façon disproportionnée les personnes nées en Afrique subsaharienne. Ainsi, la prévalence de la maladie dans cette population a été estimée à 5,25 % en 2004, soit huit fois plus que dans la population générale née en France métropolitaine

¹ Les résultats présentés dans ce chapitre ont fait l'objet de deux articles :
DRAY-SPIRA R., GIGONZAC V., VIGNIER N., PANNETIER J., SOGNI P., LERT F., BAJOS N., LYDIÉ N., DESGRÈES DU LOÛ A. et le GROUPE ANRS-PARCOURS, « Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013 », données de l'enquête ANRS-PARCOURS, *Bull. épidemiol. hebdom.* 2015, 19-20, p. 339-347. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_2.html.
PANNETIER J., GIGONZAC V., LYDIÉ N., DESGRÈES DU LOÛ A., DRAY-SPIRA R. et le GROUPE ANRS-PARCOURS, « Timing of chronic hepatitis B diagnosis after immigration among Sub-Saharan African migrants living in France » (article soumis pour publication).

(Meffre *et al.*, 2010). Cette prévalence atteindrait même des niveaux plus élevés, de 7 à 15 %, parmi les personnes en situation de précarité (Comede, 2014 ; Médecins du Monde, 2011 ; Roudot-Thoraval *et al.*, 2011). De plus, parmi les personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique entre 2008 et 2011, plus de quatre sur dix (41 %) étaient nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (Pioche *et al.*, 2014). Pourtant, en dépit de ces chiffres, les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique en France et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique ont été peu décrites.

Le diagnostic précoce de l'hépatite B chronique est primordial : d'une part pour permettre d'instaurer la prise en charge médicale visant à prévenir l'apparition de complications chez les personnes atteintes (suivi clinico-biologique en cas de portage inactif du VHB ou traitement antiviral en cas d'hépatite active) ; d'autre part pour réduire le risque de transmission du VHB à leur entourage, notamment par la vaccination. Toutefois, du fait d'une longue phase asymptomatique, l'hépatite B chronique reste souvent non diagnostiquée avant la survenue de complications. Ainsi, 55 % des personnes porteuses d'une hépatite B chronique en France en 2004 (soit près de 160 000 personnes) l'ignoraient, une proportion atteignant même 80 % parmi les personnes originaires de pays de forte endémicité (Meffre *et al.*, 2010). Aussi, l'amélioration de la stratégie de dépistage de l'hépatite B constitue un enjeu de santé publique majeur en France, comme souligné dans le rapport de recommandations du ministère de la Santé en 2014 (ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014). En outre, afin d'être pleinement efficace, l'optimisation du dépistage doit s'accompagner d'un niveau élevé d'accès puis de maintien dans les soins au cours du diagnostic d'hépatite B chronique.

Ce chapitre porte sur les participants de l'enquête Parcours porteurs d'une hépatite B chronique. Il comprend une description des caractéristiques de ces personnes sur le plan social et médical ainsi qu'une analyse de la dynamique d'accès au diagnostic d'hépatite B après l'arrivée en France et des éléments sur l'accès à la prise en charge médicale pour la maladie au décours de ce diagnostic.

Un groupe spécifique et hétérogène au regard des conditions de vie et de la maladie

Parmi les 779 participants de l'enquête Parcours porteurs d'une hépatite B chronique, un peu plus de la moitié (54 %) étaient consultants dans un service expert en hépatologie, 39 % dans un autre service hos-

pitalier, 5 % au Comité médical pour les exilés (Comede) et 3 % dans un réseau de santé ville-hôpital. À noter que les caractéristiques des participants différaient selon le type de structure de prise en charge : comparées aux personnes suivies dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient arrivées en France plus récemment (neuf ans contre onze ans en moyenne), et plus souvent en lien avec le fait qu'elles étaient menacées dans leur pays (22 % contre 11 %).

Un niveau élevé de précarité socioéconomique et administrative

Au moment de l'enquête, la majorité des participants avaient un logement personnel (55 %) ou étaient hébergés (24 %), mais plus d'une personne sur 10 (12 %) n'avait pas de logement stable (tableau 1). Un quart des hommes et la moitié des femmes n'avaient pas d'emploi ; et 8 % des hommes et 19 % des femmes n'avaient aucune ressource en dehors d'éventuelles prestations sociales. Presque deux personnes sur dix (19 %) avaient la nationalité française, mais un quart (25 %) n'avait pas de titre de séjour régulier en France. La grande majorité (93 %) était couverte par l'assurance maladie, 18 % bénéficiant de la CMU et 20 % de l'AME. Comparées aux personnes suivies pour leur hépatite B dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient plus souvent sans logement stable (17 % contre 8 %), sans emploi (38 % contre 27 %) et sans couverture santé ou couvertes par l'AME (9 % et 24 %, respectivement, contre 3 % et 17 %).

Ainsi, les situations de précarité sociale et/ou administrative apparaissent fréquentes au sein de ce groupe, tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Cette différence entre types de structure reflète probablement au moins en partie la situation particulièrement défavorable des personnes accueillies au Comede parmi lesquelles les situations de détresse sociale sont fréquentes (Comede, 2014). Toutefois, quels que soient le sexe et le type de structure de prise en charge, le non-emploi concerne plus d'une personne sur quatre et l'absence de titre de séjour régulier plus d'une personne sur cinq au moment de l'enquête, proportions plus élevées que celles observées au sein du groupe de référence de Parcours.

Tableau 1. Caractéristiques au moment de l'enquête, globalement et selon le sexe et le type de structure de suivi

	Total	Selon le sexe		p	Selon le type de structure de suivi		p
		Hommes	Femmes		Services experts en hépatologie	Autres services hospitaliers, réseaux, Comede	
	(N = 779)	(N = 559)	(N = 220)		(N = 445)	(N = 334)	
Situation socioéconomique et administrative							
Absence de logement stable	12,1 %	11,5 %	13,4 %	n.s.	7,6 %	17,2 %	**
Sans emploi	32,1 %	25,5 %	48,9 %	***	27,1 %	37,8 %	n.s.
Aucune ressource hors prestations sociales	11,1 %	8,0 %	19,1 %	**	8,7 %	13,9 %	n.s.
Absence de titre de séjour	24,0 %	25,8 %	21,5 %	n.s.	21,4 %	28,3 %	n.s.
Couverture maladie							
Sécurité sociale	55,4 %	55,4 %	55,3 %	n.s.	61,2 %	48,7 %	**
CMU	17,5 %	16,5 %	19,9 %	n.s.	18,0 %	16,9 %	n.s.
AME	20,4 %	21,6 %	17,6 %	n.s.	17,1 %	24,3 %	n.s.
Aucune	5,4 %	5,2 %	6,1 %	n.s.	2,6 %	8,7 %	n.s.
Non renseigné	1,3 %	1,3 %	1,1 %	n.s.	1,1 %	1,4 %	n.s.
Secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage							
	19,1 %	23,9 %	6,8 %	***	15,2 %	23,6 %	**

Champ : individus nés en Afrique subsaharienne suivis pour une hépatite B chronique en Île-de-France.

Lecture : les femmes étaient significativement plus souvent sans emploi que les hommes au moment de l'enquête.

Légende : * p < 0,05; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ; n.s. : non significatif.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

*Une fréquence limitée de l'information, du dépistage
et de la vaccination de l'entourage*

Environ quatre personnes sur dix vivaient en couple, et plus de la moitié des femmes (55 %) et 29 % des hommes vivaient avec des enfants. Presque une personne sur cinq (19 %) n'avait informé personne dans son entourage de son statut vis-à-vis de l'hépatite B au moment de l'enquête, et cette proportion était particulièrement élevée parmi les hommes (24 % contre 7 % parmi les femmes). Comparées aux personnes suivies dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure avaient plus souvent gardé secret leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (24 % contre 15 %). Parmi les conjoints cohabitants des participants, 82 % avaient été dépistés pour l'hépatite B et 70 % étaient vaccinés selon les déclarations des personnes interrogées. Parmi les enfants cohabitants, ces proportions atteignaient 71 % et 83 %, respectivement.

L'information de l'entourage des personnes porteuses d'une hépatite B chronique sur leur statut VHB est indispensable pour la mise en œuvre de mesures de dépistage, de prise en charge et/ou de prévention auprès des personnes contacts. La proportion élevée de personnes qui n'informent pas leur entourage de leur statut VHB que nous rapportons, en particulier chez les hommes, constitue certainement un frein important à une telle mise en œuvre. Ces résultats suggèrent que le dépistage et la vaccination de l'entourage proche, bien que fréquents, pourraient encore être améliorés.

Une maladie plus sévère chez les hommes que chez les femmes

À l'initiation de la prise en charge pour l'hépatite B chronique, la maladie était à une phase active pour 26 % des participants² ; cette proportion était plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (30 % contre 16 %).

Au moment de l'enquête, la durée médiane depuis le diagnostic d'hépatite B chronique était de cinq ans, sans différence selon le sexe ni le type de structure de suivi. Une forme grave d'atteinte hépatique³ était rapportée pour 18 % des participants, plus fréquemment parmi les hommes que parmi les femmes (21 % contre 10 %). Environ un tiers des

2 Les critères de définition d'une hépatite B chronique active étaient un niveau d'activité sérique des ALAT (enzymes hépatiques) supérieur à la normale ou une charge virale ADN VHB élevée lors du bilan initial effectué à l'initiation de la prise en charge.

3 Une atteinte hépatique grave a été définie par un score Métavir F3 ou F4, ou un résultat d'élastométrie > 8,8 kPa, ou un diagnostic clinico-morphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

participants (34 %) étaient traités contre l'hépatite B chronique. Cette proportion était plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (38 % contre 23 %).

Accès au diagnostic d'hépatite B chronique après l'arrivée en France : rôle des professionnels de santé et de la prise en charge sociale

Parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne, l'infection par le VHB est en général acquise au cours des premières années de vie. Aussi, une fois en France, le diagnostic d'hépatite B chronique est établi dès le premier test de dépistage de la maladie. Les caractéristiques de l'accès au diagnostic d'hépatite B chronique après l'arrivée en France informent donc *de facto* sur l'accès au dépistage du VHB.

Nous décrivons ici l'accès au diagnostic d'hépatite B chronique en France à partir de 2001, année depuis laquelle le dépistage du VHB est recommandé en France parmi les personnes originaires de zones de forte endémicité. Aussi, les résultats présentés portent sur les 634 participants (466 hommes et 168 femmes) de l'enquête Parcours porteurs d'une hépatite B chronique et dont le diagnostic d'hépatite B a été établi pour la première fois en France, entre 2001 et 2012.

Des différences d'accès au diagnostic marquées entre les hommes et les femmes

Quel que soit le type de structure de suivi, pour plus de neuf personnes sur dix (94 %) le diagnostic avait été effectué après l'arrivée en France, en médiane au cours de la 4^e année⁴ (tableau 2). Le délai médian entre l'arrivée en France et le diagnostic était plus élevé parmi les hommes (4^e année) que parmi les femmes (2^e année), et parmi les personnes suivies dans un service expert en hépatologie que parmi celles suivies dans une autre structure (4^e année *versus* 3^e année).

Le diagnostic faisait suite à un dépistage fortuit (à l'occasion d'un test prénatal ou prénuptial, d'un bilan de santé ou d'un don du sang) dans quatre cas sur dix (40 %) et à un problème de santé pour près d'un quart (22 %) des personnes ; 19 % des participants ont rapporté que le test de dépistage avait été effectué sur proposition de leur médecin, sans autre

4 Ce qui signifie que la moitié des personnes ont été diagnostiquées après la quatrième année de vie en France.

Tableau 2. Caractéristiques du diagnostic de l'hépatite B chronique en France entre 2001 et 2012 selon le sexe

	Hommes (N = 466)	Femmes (N = 168)	p
Nombre d'années entre l'arrivée en France et le diagnostic (médiane [intervalle interquartile])	4 [2-11]	2 [1-5]	*
Circonstances du diagnostic			
Bilan systématique	33,7 %	57,4 %	***
À l'occasion d'un problème de santé	24,8 %	14,2 %	
Sur proposition du médecin	21,3 %	12,6 %	
Autres	18,7 %	14,2 %	

Champ : individus nés en Afrique subsaharienne suivis pour une hépatite B chronique en Île-de-France et diagnostiqués entre 2001 et 2012.

Lecture : le diagnostic d'hépatite B chronique avait fait suite à un bilan systématique dans 57 % des cas chez les femmes et 34 % des cas chez les hommes, la différence entre hommes et femmes étant significative.

Légende : * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 ; n.s. : non significatif.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

précision. Parmi les femmes, le diagnostic avait plus souvent été effectué dans le cadre d'un dépistage systématique que parmi les hommes (57 % *versus* 34 %), du fait en particulier du dépistage prénatal (obligatoire au cours du sixième mois de grossesse depuis 1992 en France) qui était à l'origine de 25 % des diagnostics.

Ainsi, le diagnostic n'est établi qu'après un délai de plusieurs années après l'arrivée en France et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes grâce notamment au test prénatal, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes.

Un diagnostic favorisé par la précarité sociale et les contacts avec le système de santé

Parmi les hommes, à durée depuis l'arrivée en France et caractéristiques sociodémographiques comparables, le diagnostic d'hépatite B était survenu plus souvent lors de périodes marquées par des difficultés socioadministratives, notamment alors que les individus avaient un titre de séjour de courte durée ou un logement précaire. De plus, les hommes avaient plus de chances d'avoir accédé au diagnostic d'hépatite B les années au cours desquelles ils avaient eu une hospitalisation ou ils avaient une protection maladie (tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques associées au diagnostic de l'hépatite B chronique en France entre 2001 et 2012 parmi les hommes

	Odds ratios ajustés	p
Âge à l'arrivée		
< 30 ans	0,6	*
30-34 ans	0,7	n.s.
≥ 35 ans	Réf.	
Raison de la migration		
Raisons familiales/trouver du travail/études	Réf.	
Menacé dans son pays	1,5	*
Médicale	1,8	*
Logement dans l'année		
Stable	Réf.	
Précaire	1,7	*
Titre de séjour dans l'année		
Carte de résident/nationalité française	Réf.	
Pas de titre de séjour	1,3	n.s.
Titre de séjour court (carte temporaire ou autorisation provisoire de séjour)	1,6	*
Hospitalisation dans l'année		
Non	Réf.	
Oui	7,7	*
Protection maladie dans l'année		
Non	Réf.	
Oui	3,1	*

Champ : individus nés en Afrique subsaharienne suivis pour une hépatite B chronique en Île-de-France.

Légende : réf : catégorie de référence pour les comparaisons * p < 0,05 ; n.s. : non significatif.

Note : résultats obtenus à partir d'un modèle de régression logistique ajusté sur la durée depuis l'arrivée en France et sur les caractéristiques sociodémographiques (niveau d'études, âge à l'arrivée, région de naissance), les conditions d'arrivée en France (raison de la migration, arrivée seul(e), connaissance de quelqu'un à l'arrivée), la situation sociale chaque année (logement, ressources principales, activité professionnelle, relation de couple stable), le titre de séjour chaque année, l'état de santé et l'accès aux soins chaque année (grossesse, hospitalisation, protection maladie, maladie chronique).

Lecture : les hommes avaient significativement plus de chances d'avoir accédé au diagnostic d'hépatite B chronique les années durant lesquelles ils avaient un titre de séjour court (odds ratios ajustés de 1,6 statistiquement supérieur à 1).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 4. Caractéristiques associées au diagnostic de l'hépatite B chronique en France entre 2001 et 2012 parmi les femmes

Variables	Odds ratios ajustés	p
Age à l'arrivée		
< 30 ans	0,5	*
30-34 ans	0,7	n.s.
≥ 35 ans	Réf.	
Raison de la migration		
Raisons familiales/Trouver du travail/Études	Réf.	
Menacée dans son pays	3,6	*
Médicale	0,6	n.s.
Activité professionnelle dans l'année		
Oui	Réf.	
Non	1,9	*
Grossesse dans l'année		
Non	Réf.	
Oui	6,6	*
Hospitalisation dans l'année		
Non	Réf.	
Oui	9,0	*

Champ : individus nés en Afrique subsaharienne suivis pour une hépatite B chronique en Île-de-France.

Légende : réf : catégorie de référence pour les comparaisons * $p < 0,05$; n.s. : non significatif.

Note : résultats obtenus à partir d'un modèle de régression logistique ajusté sur la durée depuis l'arrivée en France et sur les caractéristiques sociodémographiques (niveau d'études, âge à l'arrivée, région de naissance), les conditions d'arrivée en France (raison de la migration, arrivée seul(e), connaissance de quelqu'un à l'arrivée), la situation sociale chaque année (logement, ressources principales, activité professionnelle, relation de couple stable), le titre de séjour chaque année, l'état de santé et l'accès aux soins chaque année (grossesse, hospitalisation, protection maladie, maladie chronique).
Lecture : les femmes avaient significativement plus de chances d'avoir accédé au diagnostic d'hépatite B chronique les années durant lesquelles elles avaient eu une grossesse (odds ratios ajustés de 6,6 statistiquement supérieur à 1).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Parmi les femmes, à durée depuis l'arrivée en France et caractéristiques sociodémographiques comparables, le diagnostic d'hépatite B était survenu plus souvent lors de périodes de non-emploi et en cas de contact avec le système de santé, à l'occasion d'une grossesse ou d'une hospitalisation (tableau 4).

Une population particulièrement touchée par deux maladies...

De plus, quel que soit le sexe, l'accès au diagnostic d'hépatite B était plus rapide parmi les personnes ayant immigré en France parce qu'elles étaient menacées dans leur pays que parmi celles venues pour une autre raison.

Ces résultats montrent ainsi que dans le contexte de dépistage du VHB en œuvre en France depuis le début des années 2000, le diagnostic d'hépatite B chronique est favorisé par les situations de précarité sociale et/ou administrative et par l'accès au système de soins. Le rôle favorisant de la précarité socioadministrative sur l'accès au diagnostic d'hépatite B que nous rapportons est probablement lié à l'effet bénéfique des dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes précaires. De façon concordante, un meilleur accès au dépistage de l'hépatite B parmi les demandeurs d'asile en situation très précaire a été suggéré précédemment dans une étude qualitative (Enel, Minello et Hillon, 2012).

Un niveau élevé d'accès aux soins au décours du diagnostic d'hépatite B chronique en France

Une fois le diagnostic établi, les personnes ont-elles accès à une prise en charge médicale pour l'hépatite B chronique ? Dans cette dernière partie, nous décrivons le recours aux soins pour l'hépatite B chronique parmi les 709 participants de l'enquête Parcours porteurs d'une hépatite B chronique et dont le diagnostic d'hépatite B a été établi en France (quelle qu'en soit l'année).

Une entrée dans les soins rapide après le diagnostic

À la suite du diagnostic d'hépatite B chronique en France, la grande majorité des personnes atteintes (93 %) ont eu accès à une prise en charge médicale dans un délai de moins d'un an.

Ainsi, 7 % des personnes diagnostiquées en France sont entrées en soins plus d'une année plus tard que l'année du diagnostic. Un tel retard de l'entrée en soins était plus fréquent parmi les personnes sans couverture maladie l'année du diagnostic que parmi celles qui étaient couvertes (13 % contre 7 %). En revanche, on n'observait pas de différence selon le sexe, l'âge ou le niveau d'études.

Des ruptures de soins peu fréquentes

Seules 4 % des personnes ont rapporté avoir interrompu leur suivi pour l'hépatite B chronique pendant une durée d'au moins un an. Dans ces cas,

la rupture était survenue en médiane dans un délai d'un an et demi après l'entrée initiale dans les soins, et elle a duré en médiane trois ans).

La proportion de personnes ayant interrompu leur suivi ne différait pas selon le sexe, l'âge ou le niveau d'étude.

Conclusion

Conduite au sein de plus des trois quarts des structures assurant une activité notable de suivi de l'hépatite B chronique auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, l'enquête Parcours a été élaborée avec le souci de rendre compte au mieux de la diversité de cette population, tant en termes de situation socioéconomique que d'état de santé. Les informations fournies permettent, pour la première fois en France, de caractériser finement les conditions de vie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique, de reconstituer de façon rétrospective leurs trajectoires en termes de diagnostic et d'accès aux soins pour la maladie et d'en identifier les freins et les leviers. De telles informations sont nécessaires pour optimiser la prévention, le dépistage et la prise en charge de la maladie au sein de cette population.

Les résultats mettent en évidence des niveaux particulièrement élevés de précarité socioadministrative parmi les personnes atteintes, qui sont susceptibles de compliquer la prise en charge de l'hépatite B chronique au quotidien ainsi que son maintien au long cours. De plus, la fréquence du maintien du secret sur la maladie vis-à-vis de l'entourage constitue probablement un frein à la mise en œuvre des mesures nécessaires à la prise en charge des personnes contact et/ou la prévention de la transmission de la maladie.

Par ailleurs, parmi les hommes originaires d'Afrique subsaharienne, le diagnostic survient dans un délai plus long après l'arrivée en France que parmi les femmes, et plus souvent lors d'une phase active de la maladie, entraînant un retard au diagnostic d'hépatite B chronique particulièrement marqué parmi les hommes. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'un élargissement de l'offre de dépistage au-delà des structures actuelles, et ce notamment afin d'atteindre les hommes ayant peu de contacts avec les services sociosanitaires. Une stratégie de dépistage basée sur les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et combinant le dépistage du VHB à celui du VIH et du virus de l'hépatite C pourrait permettre d'améliorer la situation.

Bibliographie

- ALTER M. J., 2003, « Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide », *Journal of Hepatology*, 39 Suppl 1, p. S64-S69.
- COMEDE, 2014, « La santé des exilés, rapport d'observation et d'activité ».
- ENEL C., MINELLO A., HILLON P., 2012, « Représentations des professionnels et dépistage des hépatites B et C chez les migrants : une étude qualitative en Côte-d'Or », *Santé publique*, 24, 4, p. 303-315.
- LOZANO R., NAGHAVI M., FOREMAN K., LIM S., *et al.*, 2012, « Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, 380, 9859, p. 2095-2128.
- MÉDECINS DU MONDE, 2011, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France ».
- MEFFRE C., LE STRAT Y., DELAROCQUE-ASTAGNEAU E., DUBOIS F., ANTONA D., LEMASSON J.-M., WARSZAWSKI J., STEINMETZ J., COSTE D., MEYER J.-F., LEISER S., GIORDANELLA J.-P., GUEGUEN R., DESENCLOS J.-C., 2010, « Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004 : social factors are important predictors after adjusting for known risk factors », *Journal of Medical Virology*, 82, 4, p. 546-555.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2014, « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C », Rapport de recommandations, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux.
- PIOCHE C., BROUARD C., CHEVALIEZ S., ALRIC L., COUZIGOU P., DELAROCQUE-ASTAGNEAU E., DENIS F., GORIA O., GUYADER D., MARCELLIN P., ROUDOT-THORAVAL F., ROULOT D., SILVAIN C., ZARSKI J.-P., SEMAILLE C., LARSEN C., 2014, « Hépatite B chronique : prise en charge en France entre 2008 et 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 12, p. 210-216.
- ROUDOT-THORAVAL F., ROSA I., DELACROIX-SZMANIA I., STAEDL B., GARRAIT V., EL GHOZI L., 2011, « Dépistage des hépatites virales et accès aux soins chez les migrants : étude prospective d'une cohorte de 1 327 personnes ».
- WHO, 2014, « WHO | Hepatitis B. Fact sheet N° 2042015 », WHO.

Troisième partie

Faire face : la vie en France avec le VIH ou une hépatite B

« C'est quand je suis arrivé à Paris que j'ai eu le moral. C'est quand j'ai vraiment accepté ma maladie. Par rapport aux associations, le jour où je suis parti faire le test... l'accueil, même par rapport au psychologue qui me parle, ça m'a redonné l'envie de vivre. »

« Paris m'a donné l'envie. Même la joie de vivre. On m'a reçu, j'ai pu avoir un job. Et le traitement, pour moi, c'était synonyme de la mort, ce n'est plus la mort. Dans ma tête je sais que ce n'est plus rien. Je suis conscient que ce n'est plus ça qui peut me tuer. Donc chapeau à la France. »

Johnny, camerounais, arrivé en France en 2008.

Entretien avec Jean Dupont, association ARCAT.

L'impact du diagnostic VIH ou hépatite B sur les trajectoires de vie des immigrés subsahariens¹

Anne Gosselin, Annabel Desgrées du Loû et Eva Lelièvre

Les diagnostics de VIH ou d'hépatite B, au même titre que ceux d'autres maladies chroniques, peuvent constituer des moments de rupture « biographique » c'est-à-dire un moment de changement dans le quotidien au cours duquel les formes de représentations des liens de l'individu à son environnement sont transformées (Bury, 1982). Or les diagnostics VIH et hépatite B ont lieu majoritairement dans les premières années en France (Dray-Spira *et al.*, 2013), à un moment où beaucoup d'immigrés traversent des épisodes de précarité. L'objectif de ce chapitre est donc de décrire les conséquences sociales des diagnostics VIH et hépatite B sur la vie des personnes, et ce en tenant compte du fait qu'il s'agit de vies déjà marquées par la migration, migration dont on sait qu'elle peut avoir déjà profondément modifié les trajectoires professionnelles (Akresh, 2008) ou encore la vie familiale (Baizán, Beauchemin et Gonzáles-Ferrer, 2014).

Les études dans le champ du VIH/sida ont montré que le diagnostic VIH peut entraîner des conséquences dans les conditions matérielles d'existence et notamment sur l'emploi et la situation administrative des personnes. En effet, le taux d'inactivité des personnes vivant avec le VIH est plus important que celui des personnes séronégatives (Dray-Spira *et al.*, 2003 ; Tchobanian et Fabre, 2001). Cela peut s'expliquer tout d'abord par un état de santé dégradé qui peut conduire à une incapacité à travailler. Dans ce cas, les personnes séropositives peuvent recevoir en France l'Allo-

1 Les résultats présentés dans ce chapitre ont fait l'objet d'un article intitulé « Times are changing. The impact of HIV diagnosis in Sub-Saharan migrants' lives in France », GOSSELIN A. *et al.*, PLOS ONE, 2017, 12 (1).

cation pour adulte handicapé (AAH) ou une pension d'invalidité. L'accès à l'emploi plus difficile des personnes séropositives au VIH peut aussi s'expliquer par des facteurs psychosociaux (Vitry-Henry *et al.*, 1999), ou encore la discrimination au travail : parmi les femmes d'Afrique subsaharienne suivies en France pour un VIH, une sur dix déclarait une situation récente de discrimination au travail en 2011 (Marsicano *et al.*, 2014). D'autre part, le diagnostic VIH peut modifier la situation administrative des personnes en leur donnant accès au titre de séjour pour soins. Depuis 1998 en effet, les personnes étrangères malades qui ne peuvent pas être soignées dans leur pays d'origine peuvent demander de plein droit une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée vie familiale » (*cf.* encadré 1).

Cependant, l'obtention de cette carte est conditionnée au fait que la personne malade ait besoin d'un traitement, donc ce titre de séjour est plus souvent octroyé aux personnes vivant avec le VIH qu'aux personnes atteintes d'une hépatite B chronique. Ces dernières ont en effet besoin d'un suivi régulier pour surveiller l'évolution de l'hépatite, mais pas nécessairement d'une mise sous traitement (Dhumeaux, 2014). Ainsi, le diagnostic VIH ouvre pour les personnes en situation irrégulière un accès au titre de séjour pour soins alors que c'est moins systématiquement le cas pour le diagnostic d'hépatite B (Revault, 2010).

Les diagnostics VIH ou hépatite B peuvent aussi avoir des conséquences sur la vie personnelle. Le couple est l'une des dimensions de la vie affective et personnelle que le diagnostic d'une maladie sexuellement transmissible comme le VIH ou l'hépatite B est susceptible d'affecter. En effet, des situations de rejet de la part du partenaire ont été documentées en Afrique et ailleurs en ce qui concerne le VIH (Gaillard *et al.*, 2002), en raison notamment de la stigmatisation de cette maladie (Farmer, 2006). Pour l'hépatite B, bien que peu d'études aient été menées sur cette question, des recherches qualitatives montrent que, en raison d'une méconnaissance de la maladie, celle-ci peut être confondue avec le VIH et occasionner l'arrêt de rapports sexuels par peur de contaminer le partenaire alors même que le vaccin pourrait le protéger (Pourette, 2013). La maladie peut ainsi entraîner des difficultés conjugales, voire des ruptures.

Enfin, le bien-être perçu constitue une autre dimension de la vie personnelle et affective qui peut être affectée par l'annonce d'une maladie chronique en général, et par le VIH/sida en particulier (Bury, 1982 ; Pierret, 1997). Cette détérioration du bien-être perçu au moment du diagnostic a aussi été décrite dans le cas des immigrés subsahariens (Desgrées du Loué *et al.*, 2012 ; Gerbier-Aublanc, 2016), mais sans qu'on ait pu mesurer de façon quantitative cette détérioration.

Dans ce chapitre nous examinerons dans un premier temps les impacts respectifs de la migration et du diagnostic sur l'activité, le couple et le

ENCADRÉ 1. Le droit au séjour pour raison médicale

Depuis 1998, les personnes étrangères malades qui ne peuvent pas être soignées dans leur pays d'origine peuvent demander de plein droit une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée, vie familiale ». Ce droit au séjour pour raison médicale permet l'accès à un titre de séjour avec droit au travail pour des étrangers sans papiers atteints d'affections graves (article L313-11 11° du Ceseda).

La mise en place de ce dispositif juridique a fait suite à une forte mobilisation de nouvelles coalitions d'associations de défense des étrangers, de lutte contre le VIH et de malades étrangers (Izambert, 2014), et il est quasi unique dans le monde : seule la Belgique est également dotée d'une voie de régularisation *ad hoc* pour les étrangers gravement malades. D'autres États européens régularisent également des personnes en raison de leur état de santé, comme l'Allemagne, l'Italie ou la Suisse, mais sans pour autant avoir de procédures aussi spécifiques qu'en Belgique et en France (Klausser, 2017).

Ce dispositif a subi des restrictions récentes en 2011. La loi dite « Besson » du 16 juin 2011 a remplacé le critère de l'impossibilité pour l'étranger de bénéficier « effectivement » d'un traitement approprié par celui de « l'absence de traitement approprié », et a eu un impact considérable sur l'appréciation de la disponibilité des soins dans le pays d'origine : « La seule existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, même théorique, même en quantité insuffisante par rapport à la prévalence, même à un coût excessif par rapport au niveau de vie ou au système d'assurance maladie, même sans structure sanitaire adaptée, suffirait à considérer que l'intéressé ne peut prétendre à une carte de séjour pour raison médicale » (AIDES, 2015). Cependant, une instruction de novembre 2011 rappelle qu'« il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives ont accès aux traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement » (Direction générale de la santé, 2011).

Jusqu'en 2016, la particularité de cette procédure était de prévoir un double niveau de décision : le médecin inspecteur de santé publique (attaché à l'ARS) donnait un avis médical au préfet qui, au vu de cet avis, délivrait ou non le titre de séjour. Or la loi du 7 mars 2016 modifie la procédure et prévoit le transfert de l'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins à un collègue du service médical de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration), organisme placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur.

Les derniers chiffres officiels relatifs au titre de séjour pour soins portent sur l'année 2013 et font état d'un total de 31 710 titres de séjour pour soins délivrés, chiffre relativement stable depuis 2009. Les principales pathologies pour lesquelles sont rendus des avis sont les maladies psychiatriques (23,2 %), le VIH (13,7 %), les hépatites (9,4 %), le diabète (7,2 %) et la cardiologie (5,5 %) (Klausser, 2017).

ENCADRÉ 2. Les indicateurs : activité, couple, bien-être perçu

Être en activité une année donnée signifie avoir un travail (que le travail soit dans le secteur formel ou informel) ou être étudiant ;

Être en couple est défini comme le fait d'être dans une relation qui a duré au moins un an, quels que soient le statut marital ou le lieu de résidence du partenaire ;

Le *bien-être perçu* est reconstruit à partir de l'appréciation des individus : en effet, à la fin de l'entretien les personnes découpent leur vie en différentes périodes qu'elles pouvaient qualifier de bonnes années, d'années ni bonnes ni mauvaises, ou de mauvaises années. Il s'agit donc d'une appréciation rétrospective des personnes sur leur passé. Cette méthode de recueil du bien-être perçu a été testée dans d'autres enquêtes biographiques et donne des résultats robustes (Lelièvre et Robette, 2015). Le *bien-être perçu* est donc défini comme englobant les années mentionnées comme de « bonnes années » et celles qui ont été déclarées « ni bonnes ni mauvaises années » par opposition aux « mauvaises années ».

Ces trois indicateurs ont été mesurés chaque année depuis les 18 ans de la personne jusqu'au jour de l'enquête.

bien-être perçu (cf. encadré 2) ; dans un deuxième temps, nous évaluerons l'impact du diagnostic sur les situations par rapport au titre de séjour en France. Comme il s'agit d'interroger l'impact du diagnostic lorsqu'il survient après une migration, les résultats présentés ici portent uniquement sur les personnes de l'étude qui ont connu un diagnostic VIH ou hépatite B à l'âge adulte et après leur arrivée en France².

Mesurer les impacts respectifs de la migration et des diagnostics dans les trajectoires de vie

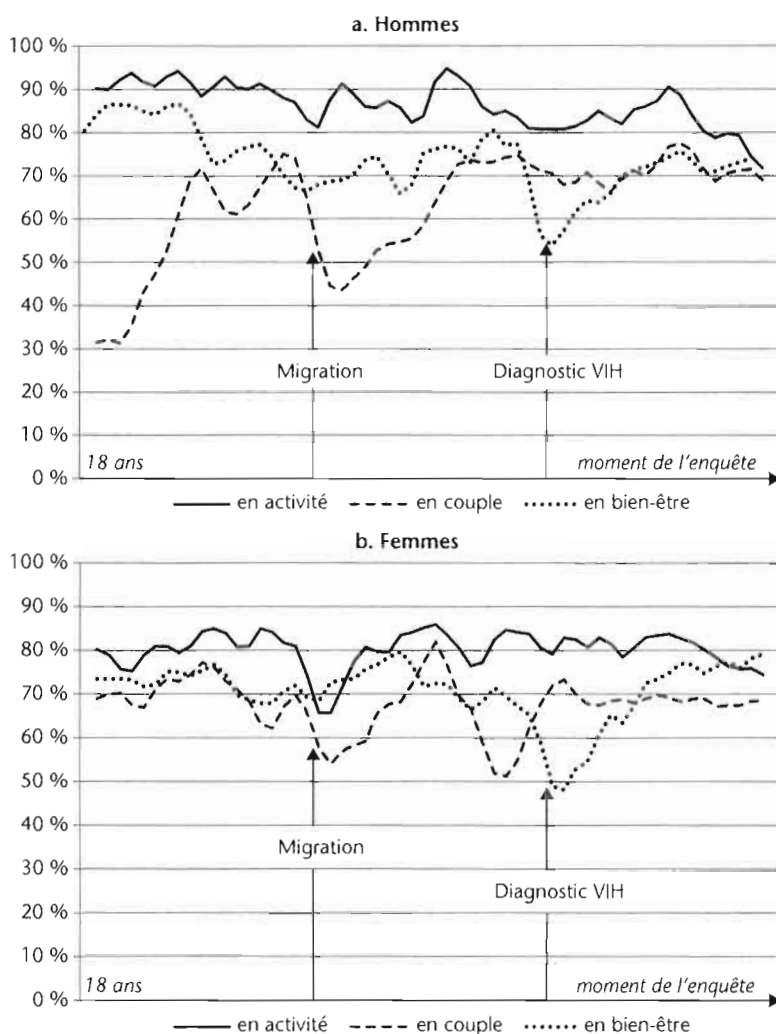
Nous avons comparé l'impact de la migration et celui du diagnostic sur le fait d'être en activité, en couple et sur le bien-être perçu, de façon à pouvoir démêler les effets délétères de la migration et ceux du diagnostic survenu dans la plupart des cas quelques années après.

D'autre part nous avons comparé l'impact du diagnostic VIH avec celui de l'hépatite B chronique, de façon à saisir si le VIH a des conséquences sociales spécifiques par rapport à l'hépatite B, maladie moins crainte et moins connue.

Les figures 1 et 2 constituent une première description de l'impact respectif de la migration et du diagnostic VIH ou hépatite B, en donnant

2 Plus de 90 % des personnes ont été diagnostiquées après la migration, cf. chapitre méthodologie.

FIGURE 1. Personnes vivant avec le VIH : proportion d'hommes et de femmes en activité, en couple et en bien-être perçu par rapport à la migration et au diagnostic VIH



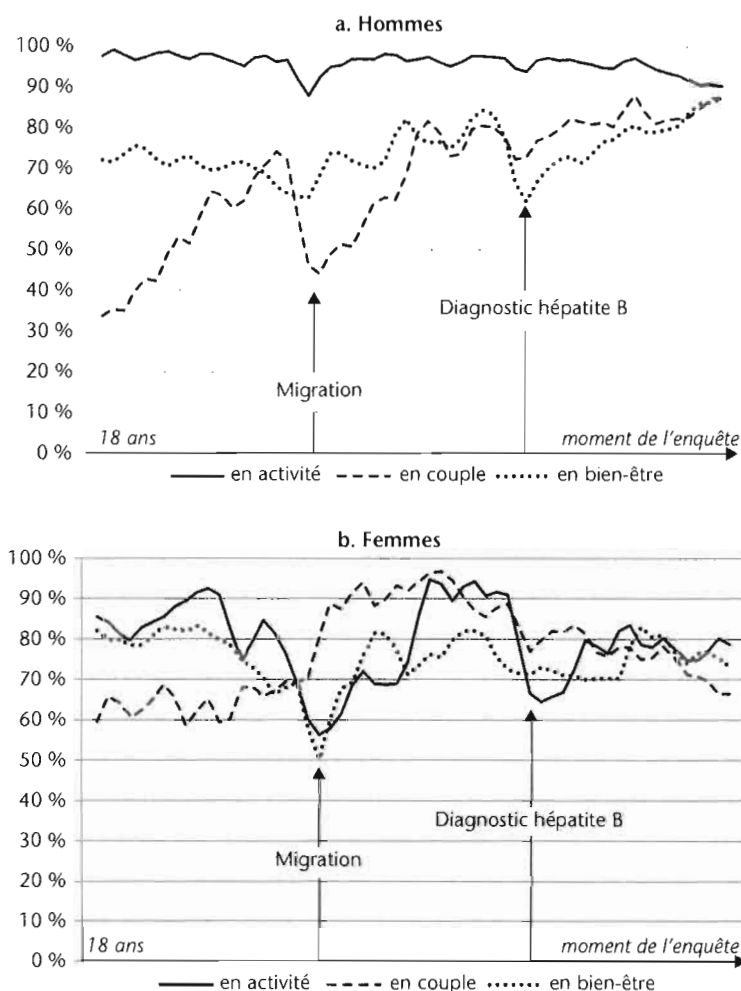
Champ : hommes (N = 142) et femmes (N = 229) du groupe VIH qui n'ont pas migré ni été diagnostiqués à 18 ans, qui sont observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués en France au moins un an après l'arrivée.

Note : graphes en temps relatif où le temps écoulé durant les trois périodes (des 18 ans à la migration, de la migration au diagnostic, du diagnostic à l'enquête) a été lissé pour chaque individu, (voir annexe sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_09.xlsx).

Lecture : à leurs 18 ans, 90 % des hommes sont en activité (soit en emploi soit en études).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

FIGURE 2. Personnes vivant avec une hépatite B chronique : proportion d'hommes et de femmes en activité, en couple et en bien-être perçu par rapport à la migration et au diagnostic d'hépatite B chronique



Champ : hommes (N = 192) et femmes (N = 66) du groupe VIH qui n'ont pas migré ni été diagnostiqués à 18 ans, qui sont observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués en France au moins un an après l'arrivée.

Note : graphes en temps relatif où le temps écoulé durant les trois périodes (des 18 ans à la migration, de la migration au diagnostic, du diagnostic à l'enquête) a été lissé pour chaque individu, (voir annexe sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_09.xlsx).

Lecture : à leurs 18 ans, 30 % des hommes étaient en couple.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

les proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être perçu au cours du temps, en fonction des moments clés que sont la migration et le diagnostic.

La migration induit des ruptures conjugales, or ce n'est pas le cas des diagnostics VIH ou hépatite B. Le seul sous-groupe où la migration n'induit pas de ruptures conjugales est celui des femmes avec une hépatite B chronique, qui sont plus nombreuses à être venues pour rejoindre un conjoint (47 % *versus* 39 % parmi les femmes VIH, *cf.* chapitre méthodologie).

En deuxième lieu, la migration induit d'importantes ruptures d'activité chez les femmes et un peu moins chez les hommes. Le diagnostic, lui, entraîne peu ou pas de ruptures d'activité, sauf chez les femmes avec une hépatite B. Pour ces dernières, cette baisse de l'activité pourrait être liée au fait que, bien souvent, le diagnostic d'hépatite B chronique est posé pendant une grossesse (45 % des tests diagnostics pour les femmes) et la naissance d'un enfant pourrait être suivie de l'arrêt de l'activité. À noter également que chez les hommes, si l'allure des courbes est relativement similaire, le taux d'activité décroît progressivement chez les hommes du groupe VIH, ce qui n'est pas le cas parmi ceux du groupe hépatite B.

Enfin, le diagnostic VIH induit une forte diminution du bien-être perçu, diminution qui existe aussi après un diagnostic d'hépatite B chronique, mais de manière beaucoup moins marquée.

Ainsi, nous observons un impact notable de la migration tant sur la situation conjugale que sur la situation d'activité, alors que le diagnostic semble essentiellement affecter de façon majeure le bien-être perçu, dans le groupe VIH notamment. Après cette détérioration, la situation s'améliore rapidement. Dans le cas des femmes du groupe VIH en particulier, où cette détérioration est la plus marquée, la proportion de personnes en bien-être perçu augmente vite après le diagnostic, jusqu'à revenir à un niveau équivalent à ce qui existait avant. On caractérise ainsi graphiquement ce qui semble bien être un effet de résilience, qui en psychologie désigne « le processus par lequel un individu va intégrer et transformer les expériences traumatiques et continuer à se construire sans développer de psychopathologies » (Anaut, 2016).

Cependant, l'impact du diagnostic est nécessairement lié au contexte médical qui entoure la maladie en question, et en particulier à l'existence ou non de traitements pour cette maladie. Dans le cas du VIH, où ce contexte médical a beaucoup évolué depuis vingt-cinq ans, et où l'on est passé d'une maladie qui constituait un « arrêt de mort » à une maladie chronique grâce aux traitements antirétroviraux, cet impact doit être évalué selon le moment du diagnostic par rapport à l'introduction des trithérapies antirétrovirales. On peut distinguer trois périodes : avant 1996 (l'arrivée des traitements), entre 1996 et 2004 (quand l'accès aux traitements existait en

France, mais pas en Afrique subsaharienne) et après 2004 (quand la mise à l'échelle des traitements s'est installée en Afrique subsaharienne, bien que d'importants problèmes d'accès demeurent dans ces pays (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2014). Nous présentons dans la suite du chapitre les résultats d'une analyse multivariée qui a permis de prendre en compte cette période à laquelle a été posé le diagnostic ainsi que l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des personnes, afin d'évaluer l'impact spécifique de la migration et celui du diagnostic VIH ou hépatite B.

La migration : un impact majeur sur les trajectoires de vie

Notre analyse confirme que la migration a un impact majeur sur l'activité, le couple et le bien-être perçu, et ce une fois pris en compte les autres facteurs comme le diagnostic, la période et les caractéristiques socio-démographiques des personnes.

En effet, comme le montre le tableau 1, la probabilité de perdre son activité augmente fortement au cours des deux années qui suivent l'arrivée en France. Cet impact de la migration se retrouve dans le groupe hépatite B. Ces résultats sont cohérents avec la littérature internationale qui a déjà mis en évidence des phénomènes d'inactivité et de déclassement professionnel au moment de la migration depuis les pays du Sud vers les pays plus riches (Akresh, 2008 ; Obucina, 2013), phénomènes également décrits dans le cas d'immigrés d'Afrique subsaharienne qui s'installent en Europe (Vause, 2011) et dans cette étude (Annequin, 2016).

Les raisons des difficultés rencontrées dans la trajectoire professionnelle sont multiples et tiennent autant à l'impossibilité de faire reconnaître en France ses diplômes et ses qualifications professionnelles dans un autre pays (non-transférabilité du capital humain) ou à d'éventuelles difficultés de langue qu'à la segmentation du marché du travail en France qui contraint fortement les trajectoires des personnes.

Les années de la migration sont également associées à plus de ruptures conjugales qui peuvent être comprises d'une part comme des conséquences de séparations géographiques de long terme (Baizán, Beauchemin et Gonzáles-Ferrer, 2014), mais aussi comme la conséquence de changement d'environnement et d'ouverture des réseaux sexuels et conjugaux pour les personnes (cf. chapitre 3).

Enfin, la migration entraîne une chute importante du bien-être perçu puisque les personnes ont une probabilité bien plus importante à ce moment-là de voir leur bien-être se détériorer. Cette détérioration peut

Tableau 1. Effet de la migration sur le passage à l'inactivité, la rupture conjugale et la détérioration du bien-être perçu, par groupe et par sexe

	VIH		Hépatite B	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	N = 142	N = 229	N = 192	N = 66
	ORa	ORa	ORa	ORa
Passage à l'inactivité				
<i>(réf. n'a pas encore migré)</i>				
Année de la migration et suivante	8,0***	8,7***	18,8***	6,2***
3 ^e année après la migration et plus	1,8	1,4	1,4	1,0
Rupture conjugale				
<i>(réf. n'a pas encore migré)</i>				
Année de la migration et suivante	3,7***	3,0***	3,3***	2,0
3 ^e année après la migration et plus	1,0	0,9	0,8	0,6
Détérioration du bien-être perçu				
<i>(réf. n'a pas encore migré)</i>				
Année de la migration et suivante	7,1***	15,0***	9,8***	7,8**
3 ^e année après la migration et plus	0,5	4,0***	0,9	0,7

Champ : hommes et femmes des groupes VIH et hépatite B qui n'ont pas migré ni été diagnostiqués à 18 ans, qui sont observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués en France au moins un an après l'arrivée.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques à temps discret à risques répétés ajustés sur le diagnostic, la période d'arrivée, la région de naissance, le motif de migration, l'âge et le fait d'avoir ou non un enfant. Le détail des analyses est disponible sur le site – (voir annexe sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_09.xlsx).

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que le risque de perdre son activité est supérieur (respectivement inférieur) par rapport à la modalité de référence.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur le temps depuis l'arrivée en France et les autres variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

bien sûr être mise en lien avec des situations d'exil contraint où les personnes ont quitté leur pays dans des circonstances parfois violentes et non prévues (Comede, 2013). Cependant, pour les personnes arrivées pour trouver du travail ou rejoindre leur famille, la rupture d'activité et la séparation d'avec les proches peut suffire à générer du mal-être au moment de la migration. La situation de migration est donc fragilisante à plus d'un titre, non seulement au niveau factuel (perte d'activité, séparation), mais aussi à titre subjectif (détérioration du bien-être perçu).

L'absence d'impact du diagnostic sur l'emploi ou le couple : quelle interprétation ?

Une fois pris en compte l'effet délétère de la migration et la période, le moment du diagnostic VIH ou hépatite B (année du diagnostic et suivante) n'est pas associé à une probabilité plus grande de perdre son emploi ou de rupture conjugale (aucun odds ratio significatif, tableau 2). Ces résultats qui peuvent sembler contre-intuitifs sont toutefois cohérents avec l'absence de lien entre VIH et déclassement professionnel (*cf.* chapitre 2) et renforcent l'idée que, parmi les immigrés subsahariens, c'est bien la situation de migration et d'un marché du travail segmenté en France qui détermine les trajectoires professionnelles, bien plus que le diagnostic VIH ou hépatite B.

Le diagnostic en tant que tel n'a donc pas d'impact sur la perte d'activité. Les évolutions médicales des dernières années peuvent en partie expliquer l'absence d'impact du diagnostic sur les trajectoires professionnelles. En effet, l'hépatite B chronique diagnostiquée peut évoluer lentement et n'entraîne pas immédiatement d'arrêt de travail. En ce qui concerne le VIH, l'amélioration considérable de la prise en charge médicale au fil des ans et l'introduction de la trithérapie antirétrovirale ont permis une amélioration de l'état de santé général, ce qui permet aux personnes touchées de rester en emploi après le diagnostic.

Enfin, ce que nous enseignent les travaux plus globaux sur la situation professionnelle des immigrés subsahariens atteints du VIH, c'est qu'ils se trouvent dans des emplois très souvent précaires, avec des conditions de travail parfois pénibles (concentration dans les emplois de ménage, de la restauration et de la sécurité), et très touchés par le chômage. D'une certaine façon, la situation professionnelle de ces personnes est déjà placée avant le diagnostic sous le signe de la précarité et de la pénibilité et le diagnostic VIH ou hépatite B ne modifie pas une situation déjà difficile.

D'autre part, le diagnostic en tant que tel, VIH ou hépatite B, ne provoque pas de ruptures conjugales parmi les personnes interrogées dans l'enquête. Ces résultats peuvent surprendre, mais ils confirment en réalité des travaux qui avaient porté sur les conséquences sociales du diagnostic VIH en Afrique. Ces travaux avaient notamment montré qu'il n'y avait pas plus de ruptures conjugales chez les femmes qui informaient leur partenaire de leur séropositivité au VIH, et que lorsque ces ruptures existaient elles étaient plutôt dues à une volonté des femmes de rompre les unions « fragiles », dans un moment d'épreuve (Desgrées du Loû *et al.*, 2009).

De manière générale, la probabilité de rupture conjugale est plus élevée depuis 1996, chez les hommes et les femmes (bien que les odds ratios ne soient pas systématiquement significatifs dans tous les sous-groupes) : plus

Tableau 2. Effet du diagnostic sur le passage à l'inactivité, la rupture conjugale et la détérioration du bien-être perçu

	VIH		Hépatite B	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	N = 142	N = 229	N = 192	N = 66
	ORa	ORa	ORa	ORa
Passage à l'inactivité (réf. n'a pas encore été diagnostiqué)				
Année du diagnostic et suivante	1,20	0,78	0,85	0,52
3 ^e année après le diagnostic et plus	0,89	0,77	1,11	0,53
Rupture conjugale (réf. n'a pas encore été diagnostiqué)				
Année du diagnostic et suivante	1,00	1,23	0,36	1,14
3 ^e année après le diagnostic et plus	1,10	0,83	0,65	0,41
Détérioration du bien-être perçu (réf. n'a pas encore été diagnostiqué)				
Année du diagnostic et suivante	11,31***	5,75***	2,25	1,17
3 ^e année après le diagnostic et plus	0,65	0,28**	0,43	1,48

Champ : hommes et femmes des groupes VIH et hépatite B qui n'ont pas migré ni été diagnostiqués à 18 ans, qui sont observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués en France au moins un an après l'arrivée.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques à temps discret à risques répétés ajustés sur la migration, la période d'arrivée, la région de naissance, le motif de migration, l'âge et le fait d'avoir ou non un enfant. Le détail des analyses est disponible sur le site (voir tableau 2 en annexe sur www.cephed.org/parcours/annexes_chapitre_02.xlsx).

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que le risque de perdre son activité est supérieur (respectivement inférieur) par rapport à la modalité de référence.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; Réf. Situation de référence ; ORa : odds ratios ajustés sur le temps depuis l'arrivée en France et les autres variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

la période considérée est récente, moins les personnes sont en couple. Ces résultats sont donc plus à relier à une évolution des comportements conjugaux de l'ensemble des immigrés (retard de l'âge au mariage, au premier enfant) (Pilon et Vignikin, 2006) qu'à un effet de la maladie.

Diagnostic et bien-être perçu : choc et résilience

Néanmoins, le moment du diagnostic VIH constitue bien un choc. En effet, même s'il n'est pas suivi de changements massifs dans les situations conjugales ou professionnelles, il entraîne une détérioration importante

du bien-être perçu chez les immigrés, chez les hommes comme chez les femmes, effet qu'on ne retrouve pas pour le diagnostic d'hépatite B chronique (tableau 2).

Après ce choc, l'effet de résilience qui avait été souligné à partir de la figure 1 est confirmé par l'analyse multivariée puisque l'odds ratio associé à la période suivant le diagnostic est négatif chez les femmes, ce qui signifie qu'elles ont moins de risques de connaître une transition vers le mal-être dans la période suivant le diagnostic par rapport à avant.

Cette résilience semble présente chez les hommes et chez les femmes, peut-être plus accentuée parmi ces dernières. Cette amélioration importante du bien-être perçu après le diagnostic reflète non seulement l'impact positif de l'accès aux traitements sur de nombreux aspects de la vie (Rosen *et al.*, 2010 ; Tsai *et al.*, 2013), mais aussi l'effet de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans les services hospitaliers et les associations, notamment communautaires. Les femmes sont par ailleurs mieux insérées dans les associations communautaires de soutien aux personnes vivant avec le VIH que les hommes (Gerbiere-Aublang, 2016), ce qui peut expliquer que ce phénomène de résilience soit plus fort chez elles.

On aurait pu s'attendre à observer une transformation de l'expérience subjective du diagnostic VIH en fonction de la période de diagnostic, en raison de l'introduction des antirétroviraux hautement efficaces en 1996 en France. L'effet d'un diagnostic posé avant l'arrivée de la trithérapie pourrait donc être bien plus important que celui d'un diagnostic dans les années 2000. Or la période du diagnostic ne change pas de façon significative la probabilité de connaître une détérioration du bien-être perçu. Il est possible que la connaissance de l'amélioration des traitements ne suffise pas à atténuer le poids d'être atteint d'une maladie à vie, et soit encore associée à des représentations négatives dans la population africaine comme d'ailleurs en population générale. Des travaux récents ont montré que, malgré l'amélioration des traitements, les discours des patients sont hantés d'expériences antérieures et contradictoires du virus, comme c'est notamment le cas pour les personnes qui ont vu des membres de leur famille ou des amis mourir du sida (Mazanderani et Paparini, 2015). Ainsi, la stigmatisation et l'incertitude sur l'état de santé demeurent des préoccupations présentes (Desclaux *et al.*, 2014).

Titre de séjour pour soins : le revers de la médaille

Si l'on analyse les facteurs associés à la probabilité d'accéder à un titre de séjour, on observe que l'accès à une carte de séjour temporaire est bien plus rapide après le diagnostic et se fait notamment par le biais du titre de

séjour pour soins, plus fréquemment attribué aux personnes vivant avec le VIH qu'aux personnes vivant avec une hépatite B chronique³.

En revanche, le fait d'avoir obtenu un titre de séjour pour soins constitue un obstacle à l'accès à un titre de séjour plus long (10 ans et plus). Une fois que l'on a pris en compte les autres caractéristiques (en particulier la durée de séjour, la pathologie), le fait d'avoir accédé au titre de séjour pour soins fait baisser la probabilité d'accéder à une carte de résident ou à la nationalité française⁴. D'autres facteurs jouent dans un sens attendu, notamment le fait d'être venu pour raisons familiales qui est positivement associé à l'accès à une carte de résident.

D'autre part, il apparaît que la probabilité d'accéder à une carte de résident ou à la nationalité française diminue dans la période récente, bien que les odds ratios ne soient pas systématiquement significatifs. Ce résultat reflète le durcissement des conditions d'attribution de la carte de résident en France et plus généralement le durcissement des politiques d'immigration en Europe dans les dernières années. Ce durcissement concerne l'ensemble des migrants, malades ou non, et se surajoute pour ainsi dire à l'effet délétère sur le long terme du titre de séjour pour soins. Nos résultats confirment l'existence d'une discrimination envers les personnes malades qui ont le droit en théorie de demander une carte de résident, mais qui bien souvent voient leur demande refusée ou même non examinée. Ce phénomène a déjà été dénoncé par les associations de défense des personnes vivant avec le VIH et suggéré dans des recherches antérieures (Lert, 2014 ; AIDES, 2015) et il est considéré comme illégal et discriminatoire par le Défenseur des Droits (Le Défenseur des droits, 2016).

Les immigrés malades font donc face à une double difficulté dans l'accès au titre de séjour long dans la période récente. Ils sont « coincés dans le temporaire », et doivent renouveler leur titre de séjour pour soins chaque année, sans pouvoir accéder à un titre de séjour plus long.

Conclusion

La richesse des données biographiques recueillies permet de mesurer l'impact du diagnostic tout en prenant en compte l'impact de la migration. S'il apparaît que la migration est bien un tournant majeur des trajectoires et un moment de reconfiguration de la vie professionnelle et personnelle, le diagnostic, lui, n'a pas d'effet visible sur les dimensions sociales que sont l'ac-

3 Voir annexe sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_09.xlsx.

4 Voir annexe sur le site www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_09.xlsx.

tivité et le couple. En revanche, le diagnostic VIH entraîne une détérioration importante du bien-être perçu, et demeure une épreuve pour les personnes.

L'effet bénéfique de la prise en charge médicale du VIH dans les dernières décennies n'a pas complètement suffi à transformer l'expérience subjective de cette maladie et nos résultats plaident ainsi pour un soutien accru aux personnes nouvellement diagnostiquées.

Enfin, si le titre de séjour pour raisons médicales joue son rôle de stabilisation notamment pour les personnes vivant avec le VIH, il entraîne des difficultés dans l'installation de long terme puisque ses détenteurs se voient plus souvent refuser l'accès à un titre de séjour long. L'octroi d'un titre de séjour pérenne aux étrangers malades qui leur permette d'envisager leur prise en charge médicale sur le long terme reste donc à conquérir.

Bibliographie

- AIDES, 2015, « Rapport de l'Observatoire malades étrangers. Droit au séjour pour soins », 3, Pantin.
- AKRESH I.R., 2008, « Occupational trajectories of legal US immigrants : downgrading and recovery », *Population and Development Review*, 34, 3, p. 435-456.
- ANAUT M., 2016, *Résilience*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- ANNEQUIN M., 2016, *Situation d'emploi des personnes vivant avec le VIH en France au cours des années 2000 : rôles de l'évolution de la prise en charge et du contexte socioéconomique général*, *Epidémiologie Sociale*, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Paris.
- BAIZÁN P., BEAUCHEMIN C., GONZÁLES-FERRER A., 2014, « An origin and destination perspective on family reunification : the case of Senegalese couples », *European Journal of Population*, 30, p. 65-87.
- BURY M., 1982, « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4, 2, p. 167-182.
- COMEDE (COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS), 2013, « La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2012 », Le Kremlin-Bicêtre.
- DESCLAUX A., BOYE S., SOW K., NBOYE T., 2014, « Typologie de l'expérience des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au temps de la maladie chronique », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 107, 4, p. 244-245.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BROU H., TRAORE A.T., DJOHAN G., BECQUET R., LEROY V., 2009, « From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple », *Social Science & Medicine* (1982), 69, 6, p. 892-899.
- DESGRÉES DU LOÛ A., LELÈVRE E., COUILLET M., LERT F., 2012, « Les immigrés subsahariens face au VIH : des situations contrastées », CEPED, Paris, www.ceppep.org/wp.

DHUMEAUX D., 2014, « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 », EDP Sciences, ANRS/AFEF, Paris.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2011, « Instruction de novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves ».

DRAY-SPIRA R., ALMEIDA K.W. D', 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 – Numéro thématique « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS – VESPA2 », Institut national de veille sanitaire.

DRAY-SPIRA R., LERT F., MARIMOUTOU C., BOUHNIC A.-D., OBADIA Y., 2003, « Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001 », *AIDS Care*, 15, 6, p. 739-748.

FARMER P., 2006, *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, University of California Press, Oakland.

GAILLARD P., MELIS R., MWANYUMBA F., CLAEYS P., MUIGAI E., MANDALIYA K., BWAYO J., TEMMERMAN M., 2002, « Vulnerability of women in an African setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes », *AIDS*, 16, 6.

GERBIER-AUBLANC M., 2016, « Du *care* à l'*agency* : l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France », thèse de doctorat de sociologie, Université Paris-Descartes, Paris.

IZAMBERT C., 2014, « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La Vie des idées*.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2014, « Global Statistics – Fact Sheet 2014 ».

KLAUSSER N., 2017, « La régularisation pour soins des étrangers : symptômes d'une pathologisation d'un droit de l'homme », *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, 11.

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France ».

LELIÈVRE E., ROBETTE N., 2015, « Perceived trajectories – A quantitative approach to perceptions of well-being », *Bulletin of Sociological Methodology*, 125, 1, p. 125-145.

LERT F., 2014, « Vivre avec le VIH dans les DOM : une exclusion sociale encore trop forte. Vih. org ».

MARSICANO E., DRAY-SPIRA R., LERT F., AUBRIÈRE C., SPIRE B., HAMELIN C., VESPA-2 STUDY GROUP, 2014, « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France : results from the ANRS-Vespa2 study », *Aids Care*, 26, Suppl 1, p. S97-S106.

- MAZANDERANI F., PAPARINI S., 2015, « The stories we tell : qualitative research interviews, talking technologies and the “normalisation” of life with HIV », *Social Science & Medicine*, 131, p. 66-73.
- OBUCINA O., 2013, « Occupational trajectories and occupational cost among Senegalese immigrants in Europe », *Demographic Research*, 28, 19, p. 547-580.
- PIERRET J., 1997, « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? », *Sciences sociales et santé*, 15, 4, p. 97-120.
- PILON M., VIGNIKIN K., 2006, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Archives contemporaines, 134 p.
- POURETTE D., 2013, « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle clé de la relation médecin-patient », *Santé publique*, 25, 5, p. 561-570.
- REVAULT P., 2010, « De l'infection invisible à la solidarité », *Maux d'exil*, 29, Comede.
- ROSEN S., LARSON B., BRENNAN A., LONG L., FOX M., MONGWENYANA C., KETLHAPILE M., SANNE I., 2010, « Economic outcomes of patients receiving antiretroviral therapy for HIV/AIDS in South Africa are sustained through three years on treatment », *PLOS ONE*, 5, 9, p. e12731.
- TCHOBANIAN R., FABRE G., 2001, « Les tensions actuelles entre le VIH et l'emploi », *Sciences sociales et santé*, 19, 3, p. 43-68.
- TSAI A.C., BANGSBERG D.R., BWANA M., HABERER J.E., FRONGILLO E.A., MUZOORA C., KUMBAKUMBA E., HUNT P.W., MARTIN J.N., WEISER S., 2013, « How does antiretroviral treatment attenuate the stigma of HIV ? Evidence from a cohort study in rural Uganda », *Aids Behaviour*, 17, p. 2725-2731.
- VAUSE S., 2011, « Différences de genre en matière de mobilité professionnelle des migrants congolais (RDC) en Belgique », *Espace populations sociétés*, 2, p. 195-213.
- VITRY-HENRY L., PENALBA C., BEGUINOT I., DESCHAMPS F., 1999, « Relationships between work and HIV/AIDS status », *Occupational Medicine*, 49, 2, p. 115-116.

*Genre et relation de soin entre soignants
et patient-e-s originaires d'Afrique subsaharienne
vivant avec le VIH
ou ayant une hépatite B chronique*

Dolorès Pourette

Les études en sciences sociales sur les maladies chroniques et le VIH soulignent l'importance de la relation soignant-soigné et son impact sur l'expérience de la maladie et sur le succès thérapeutique, notamment pour les personnes en situation de migration (Guionnet *et al.*, 2014 ; Méchali, Bouchaud, 2008 ; Pourette, 2013 ; Pourette et Dalsheimer, 2016 ; Thomas, Aggleton et Anderson, 2010). Pour les patients immigrés, le médecin ou le soignant est souvent le seul interlocuteur pouvant leur transmettre des informations sur la maladie et les traitements. Et dans le cas du VIH ou de l'hépatite B, le médecin est la première et parfois la seule personne informée de leur pathologie. Nombre de patients originaires d'Afrique subsaharienne se trouvent dans des situations d'isolement social et familial et de précarité économique et administrative qui compliquent le vécu de la maladie. Au sein de ces populations, le VIH est fortement stigmatisé, l'hépatite B est peu ou mal connue (Pourette et Enel, 2015), et la crainte de la rupture du secret peut mener à refuser de se confier à d'autres soignants que le médecin.

Le contexte des maladies chroniques et du VIH a contribué à transformer les relations médecin-malade vers davantage de négociation dans la production de soin (Calvez, 2010 ; Dodier et Barbot, 2000) : le malade est invité à participer pleinement aux soins, à être acteur de la relation thérapeutique en interaction avec les soignants (Baszanger, 1986). Cependant, les personnes étrangères ou immigrées se trouvent dans des situations qui ne leur permettent pas toujours de collaborer au travail de soin, du fait d'un savoir limité sur la maladie et la médecine occidentale, d'un sentiment d'infériorité vis-à-vis du médecin, de difficultés de communication

liées à une maîtrise imparfaite de la langue française ou du langage médical, et du manque de ressources sociales et psychologiques pour s'approprier ce travail de soin (Pourette, 2013 ; Thomas, Aggleton et Anderson, 2010). Du côté des soignants, ils agissent également en fonction de la manière dont ils perçoivent les patients étrangers et notamment leurs capacités de compréhension ou de collaboration (Fainzang, 2006 ; Kotobi, 2000 ; van Ryn et Burke, 2000).

Par ailleurs, s'il est admis que le genre des soignants a un impact sur la relation thérapeutique (Saillant et Gagnon, 1999), l'influence du genre sur la relation entre soignants et patients immigrés, et notamment la perception qu'ont les soignants des hommes et des femmes africains ont été peu questionnées.

Issu du volet anthropologique de l'étude *Parcours*, ce chapitre a pour objectifs, premièrement, d'explorer l'expérience de la relation soignant-soigné par les patients originaires d'Afrique subsaharienne (comment elle est vécue, quelle place elle prend dans l'expérience de la maladie), et, deuxièmement, d'étudier l'expérience de cette relation par les soignants (quels modes d'engagement ils adoptent dans la relation de soin avec des patients immigrés). Une attention est portée à la dimension de genre : comment le genre des patients affecte la relation soignant-soigné et la prise en charge de femmes et d'hommes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH ou ayant une hépatite B en France ?

Les données ont été recueillies lors d'une étude ethnographique conduite entre septembre 2010 et octobre 2011 dans quatre services hospitaliers d'Île-de-France (deux services de maladies infectieuses et deux services d'hépto-gastro-entérologie).

Du côté des malades : une relation entre attachement et distance où les conflits de perspectives ne s'expriment pas toujours

Si, dans le contexte de la maladie chronique, la « négociation du soin » s'est développée (Calvez, 2010), il n'en demeure pas moins que soignants et malades n'ont pas la même vision de la maladie ni les mêmes objectifs du travail thérapeutique. Les malades ont un ressenti subjectif de la maladie et des symptômes, et ils souhaitent guérir le plus rapidement possible, tandis que les soignants ont un savoir médical sur la pathologie qu'ils peuvent traiter (ou non), mais qu'ils ne peuvent pas toujours soigner définitivement. Ces « conflits de perspectives » (Freidson, 1970) s'inscrivent dans une relation asymétrique, au sein de laquelle les malades sont plus ou

ENCADRÉ. Précisions méthodologiques

Dans chaque service, deux méthodes de recueil ont été utilisées : des observations de consultations médicales et des entretiens semi-directifs. Cent cinq consultations ont été observées (observations des pratiques professionnelles, des interactions médecins-patients et des attitudes de chaque acteur). Ces observations faisaient l'objet de prises de notes. À la suite de la consultation, un entretien anonyme était conduit avec le patient lorsqu'il avait donné son accord. Des entretiens semi-directifs ont été menés avec 73 patient-e-s né-e-s dans un pays d'Afrique subsaharienne (40 vivant avec le VIH – 27 femmes et 13 hommes – et 33 ayant une hépatite B chronique – 10 femmes et 23 hommes) et 28 soignant-e-s (13 médecins, 7 infirmières, 3 infirmières d'observance ou d'éducation thérapeutique, 3 assistantes sociales, 2 psychologues). Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. Avec les patients, étaient abordés : l'histoire de la maladie (dépistage ; connaissances de la maladie avant et après le dépistage ; parcours de soins, traitements ; entourage médical ; attentes et ressenti à l'égard du médecin) ; les parcours migratoire, administratif, socioprofessionnel ; la situation personnelle et familiale ; les réseaux sociaux (rôle de l'entourage, ressources sociales, recours associatifs). Les entretiens avec les professionnels de santé abordaient : le parcours et l'activité professionnels, les caractéristiques de la prise en charge de personnes, immigrées ou non, ayant une hépatite B chronique ou vivant avec le VIH, les difficultés rencontrées et les recours individuels ou collectifs, la conception du rôle professionnel. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité. Ils ont ensuite été analysés selon une approche biographique et une approche thématique transversale, en perspective avec les observations des consultations médicales.

moins en capacité de faire entendre leurs demandes, leur ressenti subjectif de la maladie, et de négocier le travail thérapeutique (Baszanger, 1986 ; Carricaburu, Ménoret, 2004). Si ces questions ont largement été explorées par la sociologie et l'anthropologie de la santé, elles ont été relativement peu étudiées dans le contexte de la migration. En étudiant la place du soignant dans l'expérience de la maladie chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France, notre étude met en évidence trois situations types, au sein desquelles les « conflits de perspectives » sont exprimés – ou non – de manière distincte. Dans une première situation, la relation au médecin constitue une dimension essentielle de l'expérience de la maladie et est fortement investie d'un point de vue affectif par les patients. Une deuxième situation renvoie à une relation de soin nettement marquée par des « conflits de perspectives », pas toujours exprimés. Une troisième situation met en évidence une relation détachée ou distanciée au soignant.

*Une relation fortement investie d'un point de vue affectif
et une confiance envers les soignants et les soins proposés*

Pour plusieurs enquêtés, majoritairement des femmes, la relation au médecin ou éventuellement à une équipe de plusieurs soignants constitue une dimension essentielle de l'expérience de la maladie. Ces personnes ont connu des situations d'isolement social, de rupture familiale ou conjugale, de précarité socioéconomique suite aux « ruptures biographiques » (Bury, 1982) qu'ont constituées pour elles la migration et le dépistage de leur pathologie. Pour ces personnes, la crainte de la stigmatisation liée au dévoilement de la maladie a renforcé le sentiment d'isolement et les pratiques d'auto-exclusion. La peur de mourir les a conduites, dans un premier temps, à fortement investir la relation avec leur médecin, parfois la seule personne informée de leur maladie. Le médecin, incarnant souvent toute une équipe, est décrit comme celui à qui on doit la vie (« il m'a sauvé la vie »), mais aussi comme celui qui a rendu possible la vie en France : c'est grâce à lui qu'on a obtenu des papiers (par l'entremise du certificat médical ouvrant au titre de séjour pour soins) et par extension un emploi, c'est grâce à lui qu'on est devenue mère (le médecin est non seulement celui qui prescrit le traitement pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, mais c'est surtout celui qui donne sa bénédiction pour engager une grossesse dans un contexte de maladie [Pourette, 2008]) et c'est parfois grâce à lui que les demandes de regroupement familial ont pu aboutir. Au fil du temps et à chaque étape franchie grâce au médecin ou à l'équipe soignante, l'importance de la place du médecin ou du soignant dans l'expérience de la maladie s'est renforcée. Cette relation est présentée comme une relation unique (« c'est à lui que je confie tous mes secrets », « je peux cacher des choses à ma femme, mais pas à mon médecin »), d'où des difficultés exprimées par plusieurs enquêtés lorsque le médecin quitte le service ou part à la retraite¹.

La relation avec le médecin est décrite avec des termes empruntés au langage de la parenté : le médecin incarne une figure paternelle, ou plus rarement maternelle, dotée d'une certaine autorité. « Elle me gronde comme sa fille [lorsque je ne prends pas mon traitement] ! » raconte une patiente pour expliquer en quoi elle apprécie la relation avec son médecin. Il ou elle représente également une figure d'autorité médicale, inspirant confiance.

1 Ces observations rejoignent les résultats d'une étude menée au Royaume-Uni soulignant que le fait d'être pris en charge par le même docteur depuis le diagnostic avait contribué, pour les patients africains, à la construction d'une relation qu'ils considèrent comme solide et sûre (Thomas, Aggleton et Anderson, 2010).

Dans la majorité des cas, ce sont des femmes vivant avec le VIH qui investissent ainsi leur relation au médecin. Un tel investissement affectif est à mettre en regard des situations d'isolement social et familial et de grande précarité dans lesquelles se trouvent ces femmes après leur arrivée en France, où elles n'ont pas d'autres ressources sociales pour les aider à vivre et à faire face à la maladie. Le médecin et plus généralement l'équipe soignante leur offrent une prise en charge globale prenant en compte leurs difficultés sociales spécifiques (Pourette, 2013) et s'apparentant à une « prise en soin sensible » (Gerbier-Aublanc, 2016). Cette prise en soin est notamment sensible à la question de la maternité. D'après les récits des femmes, le fait que le médecin aborde cette question dès la première consultation, en les rassurant sur les possibilités d'avoir un enfant non infecté, et qu'il devance en quelque sorte leur désir de maternité, a fortement participé à la confiance ressentie envers eux.

Ce fort attachement à la figure d'un médecin ou d'une soignante est aussi illustré par quelques hommes ayant une hépatite B chronique ou vivant avec le VIH. Il s'agit par exemple d'un jeune homme de 18 ans, suivi et traité pour le VIH depuis l'enfance et qui entretenait déjà une relation de confiance avec la pédiatre qui le suivait (« ma deuxième mère »). Il parle de son médecin infectiologue actuel comme d'un « ami » avec lequel il sent « très proche » et à qui il peut « confier tous [s]es secrets ». Il s'agit également de deux hommes ayant une hépatite B chronique depuis plusieurs années (l'un a été dépisté en 1990, l'autre en 2002) et qui ont notamment été traités par interféron². La longueur de la trajectoire avec la maladie (dépistée pour le premier à un moment où aucun traitement n'était disponible), les difficultés psychologiques et physiques liées au traitement par interféron et le soutien reçu de la part des médecins et de l'équipe hospitalière pour surmonter ces difficultés ont contribué à construire un sentiment de confiance et un fort attachement envers les soignants.

Pour quelques personnes, la relation avec l'assistante sociale, la psychologue ou l'infirmière d'observance est également fortement investie : on les appelle par leur prénom, on peut « parler de tout et de rien », des « soucis quotidiens », elles permettent de « faire oublier la maladie ».

2 Le traitement contre le virus de l'hépatite B, quand il est indiqué (hépatites actives fibrosantes), repose principalement sur un traitement antiviral quotidien au long cours par voie orale avec peu d'effets indésirables. Il contrôle la maladie, mais ne la guérit pas. Chez une minorité de patients un traitement par voie injectable par interféron, pendant six mois, permet la guérison d'un faible nombre de cas (5 à 10 %). Il est peu utilisé en raison d'importants effets secondaires (syndrome grippal, fatigue, dépression).

*Une relation marquée par des « conflits de perspectives »
exprimés ou non*

Dans d'autres situations, les « conflits de perspectives » sous-jacents à la relation soignant-soigné sont prégnants. L'objectif du « travail médical » n'est pas le même pour le professionnel (contrôler la maladie par des examens réguliers et éventuellement par un traitement) et pour le malade (guérir, mener une vie « normale »). Les patients dont il est question ici sont principalement des hommes, atteints d'une hépatite B chronique ou du VIH. S'ils sont confiants envers la fonction médicale, ils expriment des difficultés dans la relation de soin, dans quatre domaines : la mise sous traitement, le désir de guérison, l'accès à la paternité, la migration.

Les différences de point de vue entre le professionnel et le malade sont parfois exprimées au cours de la consultation et peuvent mener à des « négociations », par exemple autour d'une modification de traitement médical ou d'une mise sous traitement différée. C'est le cas d'un homme de 27 ans, originaire du Cameroun, suivi pour le VIH en France depuis 2005. Pendant cinq ans, il n'avait pas d'indication de traitement. Au moment de l'entretien, son médecin souhaiterait qu'il démarre un traitement, car « [il est] vraiment dans les indications de traitement » et « [son] système immunitaire est vraiment dégradé ». Ils en ont déjà parlé à plusieurs reprises au fil des années, mais le patient refuse catégoriquement de démarrer un traitement, car il redoute « un nouveau changement ». Comme d'autres personnes vivant avec le VIH sans traitement, il a le sentiment de ne pas être vraiment malade, alors que l'entrée dans le traitement marquerait l'entrée dans un nouveau statut de malade (Langlois, 2006). Pendant la consultation, une longue discussion s'engage entre l'infectiologue et le malade au cours de laquelle chacun avance ses arguments en faveur ou à l'encontre d'une mise sous traitement. Ils arrivent finalement à un consensus : le traitement sera mis en place à la prochaine consultation (deux mois plus tard) et il n'aura qu'un comprimé à avaler. On voit dans cet exemple comment le médecin a pris en compte les réticences du patient à une mise sous traitement et a entendu ses arguments, et comment le malade a pu faire entendre son ressenti tout en comprenant les arguments médicaux. Notons que cet homme, détenteur d'un master 2 en droit et très bien informé sur le VIH, possède des ressources sociales pour partager son point de vue avec son médecin et négocier avec elle.

Dans d'autres situations, les conflits de perspectives restent latents, car les patients ne sont pas en mesure d'exprimer auprès du médecin leurs insatisfactions ou leurs principales difficultés. Plusieurs hommes suivis pour une hépatite B chronique ne comprennent pas pourquoi on ne leur prescrit pas de traitement. S'ils sont porteurs d'un « virus », ils considèrent que

tout devrait être fait pour qu'ils « guérissent », grâce à des médicaments. Or, si le médecin ne leur prescrit pas de traitement, ils viennent à penser qu'il n'est pas prêt à tout tenter pour les guérir. Ce type de raisonnement mène des patients à mettre en doute la bonne volonté du médecin, voire ses compétences, et parfois à changer de médecin ou de service hospitalier. La question sous-jacente est celle de la guérison : plusieurs enquêtés ayant une hépatite B chronique s'interrogent sur les possibilités de guérir et ne se satisfont pas des informations délivrées par les soignants ou par la documentation (prospectus, Internet), selon lesquelles il y a des possibilités de guérison (par interféron), mais qui sont très incertaines et soumises à de lourds effets indésirables³.

Pour d'autres patients, la problématique à laquelle ils se trouvent confrontés concerne l'accès à la paternité. Plusieurs hommes souffrant du VIH ou d'une hépatite B chronique ont souligné que leur maladie constituait un obstacle à leur volonté d'être père, et plus généralement à l'accomplissement de leur rôle social d'homme : se marier et fonder une famille. Ils déplorent de ne pas avoir d'interlocuteurs à qui parler de ces difficultés : le médecin ou le soignant n'est pas perçu comme un interlocuteur avec qui parler de ces problèmes relevant de la vie privée, ils ne fréquentent pas d'association d'aide aux patients et peu de proches sont informés de leur maladie. À la différence des femmes, ils ne mobilisent pas la relation de soin comme un espace d'échange à propos de sujets liés à la sphère intime. La peur de contaminer une personne et la difficulté de dire à une partenaire qu'on est porteur du VIH ou d'une hépatite B constituent des obstacles pour fonder une relation stable. Là encore, il y a un conflit de perspectives entre le ressenti du patient, pour lequel la maladie constitue à un obstacle majeur à la construction de son identité masculine, et le point de vue du médecin, pour lequel « tout va bien », « la vie est belle »⁴.

Dans ma vie sentimentale, rien, je m'arrange juste à ce que ça n'aille pas plus loin et puis c'est tout. [...] La vérité c'est que je me sens pas prêt, je me sens pas le courage de dire à quelqu'un, de le dire, et du coup chaque fois que j'ai l'impression que ça risque de devenir sérieux ou ça commence à devenir sérieux, je m'arrange à ce que ça casse. [...] parce que j'ai pas envie de dire, je préfère du coup ne pas me retrouver dans une situation où il faille que je sois ouvert sur ce sujet-là. Donc c'est une relation sentimentale vite fait, des rapports protégés, et une fois que la personne voudrait que ça aille plus loin,

3 Voir note n° 2.

4 Propos tenus par des médecins au cours de consultations avec des patients ayant une hépatite B chronique qui ont exprimé, pendant l'entretien, combien ils étaient moralement et socialement très affectés par leur pathologie.

je m'arrange à ce que ça casse (homme, 27 ans, en France depuis 2005, dépisté en 2004 en Grèce, VIH).

Dans certains cas, les conflits de perspectives sont exprimés, mais ils aboutissent à des impasses plutôt qu'à des négociations, notamment lorsqu'il est question d'enjeux liés à la migration. Pour quelques patients ayant une hépatite B chronique sans indication de traitement, la question de l'obtention d'un titre de séjour pour soins est source de tensions avec le médecin. Par exemple, une femme de 31 ans ne comprend pas pourquoi le certificat médical rédigé par son médecin ne lui permet pas d'obtenir un permis de séjour. Elle prend exemple sur son mari et sur une femme de sa connaissance, qui ont obtenu un titre de séjour provisoire grâce à leur maladie (tuberculose pour l'un, autre maladie non spécifiée pour l'autre). Elle affirme avoir déjà interrogé son médecin à ce sujet, mais, n'ayant pas reçu de réponse satisfaisante, elle n'ose plus lui en parler de peur qu'elle « se fâche ». Un autre patient, ayant une hépatite B chronique et sous traitement antirétroviral, évoque comme « véritable problème » le fait qu'il ne peut pas retourner vivre en Afrique, en raison du prix élevé du traitement. Il affirme que vivre loin de son pays n'a pas de « sens » pour lui, mais que sa vie sera mise en jeu s'il retourne y vivre sans être traité. Il a parlé de ce dilemme auprès de son médecin qui, d'après lui, n'aurait pas pris la mesure de l'importance de cette problématique personnelle. Ce patient est désespéré et a déjà pensé au suicide, alors que, pour son médecin, il semble aller très bien puisque son virus est sous contrôle.

Une relation distanciée

Une troisième situation illustre les cas de trois hommes ayant une hépatite B chronique inactive⁵ et de trois femmes vivant avec le VIH. Tous ont en commun une relation distanciée avec la maladie et avec les soins, un suivi médical irrégulier, un isolement social très marqué. Leurs rares proches ne sont pas informés de leur maladie. Les trois hommes ont des connaissances très sommaires sur l'hépatite B, ses modes de transmission et de prévention, et les conséquences de la maladie. Deux d'entre eux ne savent pas qu'une hépatite B peut entraîner des atteintes au foie, l'un ne sait pas qu'il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible. Un autre prend, depuis deux mois précédant l'enquête, un traitement sous

5 Parmi les personnes porteuses du virus de l'hépatite B, certaines sont des porteurs chroniques asymptomatiques, avec un virus se multipliant peu et qui ne présentent pas de maladie du foie active : ils ne nécessitent pas de traitement. Les personnes chez lesquelles la réplication du virus plus intense peut être à l'origine d'une maladie du foie évolutive relèvent de la mise en route d'un traitement.

forme de pilules envoyées par sa famille du Mali provenant d'un « médecin traditionnel ». Concernant les trois femmes vivant avec le VIH, leur crainte de la stigmatisation est telle qu'elles n'ont informé quasiment aucun de leurs proches de leur infection. Deux vivent seules, l'autre vit avec son mari et son fils (3 ans), tous deux séronégatifs. Elles font en sorte d'avoir le moins de contacts possible avec le monde médical : l'une est régulièrement absente aux rendez-vous de consultation et téléphone pour obtenir l'ordonnance de son traitement – elle ne vient aux consultations que quand elle n'a pas d'autre solution. Une autre a eu une rupture de suivi et de traitement entre ses deux grossesses (trois ans). La dernière affirme qu'elle préférerait ne pas venir à l'hôpital et être suivie par son médecin traitant car « quand vous venez ici [à l'hôpital], c'est que vous avez le sida et tout le monde le sait ». Aucune de ces trois femmes n'a un titre de séjour pour soins. L'une savait qu'elle pouvait prétendre à ce type de titre de séjour, mais elle a préféré attendre d'avoir un enfant en France, car « quand vous avez un enfant qui naît en France, vous avez des papiers. Mais quand on vous donne un titre de séjour pour maladie, on vous le retire rapidement »⁶. Une femme ne savait pas qu'elle pouvait demander un titre de séjour pour raison médicale⁷. L'autre femme a un titre de séjour de 10 ans au titre du regroupement familial. Aucun de ces patients ne fréquente d'association d'aide aux malades.

Au cours des consultations, tous apparaissent très renfermés et s'expriment peu. Ils répondent par « oui » ou « non » aux questions posées par le médecin. Pendant les entretiens, ils n'ont pas exprimé de questions ni de considérations positives ou négatives à propos des soignants et des soins.

On observe chez ces personnes une relation distanciée avec le monde médical et donc avec la figure du soignant, car elles refusent d'être considérées comme personne malade par leurs proches et même par les autorités administratives, elles ne sont pas en mesure d'assumer un rôle social de malade. Pour les femmes ayant le VIH, se maintenir à distance du monde médical constitue un mode de gestion du stigmate associé au VIH (Goffman, 1975). Pour les hommes ayant une hépatite B inactive, la maladie a peu de réalité d'un point de vue subjectif et objectif : ils ne ressentent aucun symptôme, ils ne prennent pas de médicament (hormis le traitement fourni par un thérapeute traditionnel dans un cas), aucun proche n'en est atteint. À leurs yeux, cette maladie n'a pas vraiment d'existence sociale.

6 Femme, 32 ans, en France depuis 2002, diagnostiquée séropositive pour le VIH en 2006.

7 Elle a un titre de séjour provisoire, qu'elle fait renouveler chaque année, mais il a été impossible de savoir de quel type de titre de séjour il s'agit.

Face à la diversité des patient-e-s et de leur mode d'engagement dans la relation thérapeutique, les soignants expriment également différents modes d'engagement dans le travail thérapeutique auprès des patient-e-s originaires d'Afrique subsaharienne suivi-e-s pour le VIH ou pour une hépatite B chronique.

Du côté des soignants : engagement personnel, distanciation, discontinuité de la relation

Dans la rencontre avec un patient, le soignant n'est pas seulement face à une maladie, des symptômes, il est surtout face à un individu, auquel il peut s'identifier ou non. Les malades en situation de migration rencontrent souvent des difficultés qui dépassent largement le cadre médical et se trouvent parfois dans des situations de détresse exceptionnelles. Face à de telles situations, on est loin du modèle parsonien selon lequel l'une des caractéristiques du rôle du médecin serait la « neutralité affective » (Carricaburu, Ménoret, 2004). L'affectivité des soignants et l'empathie ont bien leur place dans la rencontre thérapeutique (Drulhe, 2000), notamment dans le cadre de maladies chroniques. L'enjeu pour le soignant est de trouver la « juste distance », qui passe par un « travail émotionnel » ou par la mise en place de stratégies de distanciation des malades (Soum-Pouyalet *et al.*, 2005). Le travail des soignants à l'hôpital a ceci de spécifique qu'il s'agit d'un travail au sein d'une organisation, reposant donc sur des collaborations professionnelles (Petitat, 1992), ce qui peut permettre de désindividualiser la relation avec le patient. Notre étude montre de nettes différences entre les services d'infectiologie et les services d'hépto-gastro-entérologie dans la prise en charge des patients étrangers et dans la construction de la relation de soin.

Les médecins et les soignants du VIH : entre engagement personnel et mise en place de limites

La lourdeur des situations personnelles, sociales, administratives des patients originaires d'Afrique subsaharienne, outre qu'elle entraîne une surcharge de travail pour les équipes, peut aussi affecter moralement médecins et soignants. Leurs modes d'engagement face aux patients et à leurs problématiques autres que médicales oscillent entre engagement personnel dépassant largement le cadre hospitalier et mise en place de limites visant à ne pas se sentir « débordé » par les situations complexes et spécifiques des malades. En premier lieu, lorsqu'ils définissent leur rôle professionnel, les médecins mettent souvent en avant une « sensibilité » particulière des

infectiologues face aux problématiques liées à la migration et à l'altérité, du fait de leur histoire personnelle et de leur formation professionnelle. Ayant choisi de se spécialiser sur les « maladies infectieuses », ils ont été sensibilisés dès leur formation aux problématiques sociales et de santé dans les pays du Sud. Plusieurs des médecins rencontrés sont impliqués de longue date dans le VIH et ont travaillé en Afrique auprès de malades du sida. Ils ont, de fait, été sensibilisés aux difficultés sociales (stigmatisation) et médicales (accès aux soins et aux traitements limité) de ces personnes. Ils témoignent d'une éthique et d'un engagement personnels à l'égard des malades, notamment à l'égard des étrangers et des personnes qui rencontrent le plus de difficultés à vivre avec la maladie et à être soignés. Cet engagement peut les amener à prendre des risques : être affecté par le devenir des patients, s'impliquer politiquement pour l'accès aux droits sociaux des étrangers malades, s'engager dans des structures associatives en Afrique ou en France, trouver des solutions concrètes pour amener une patiente africaine à informer son conjoint de sa séropositivité et pour l'amener au dépistage... À côté de ce mode d'engagement absolu se trouvent des modes d'engagement plus distancié. Il s'agit alors de mettre en place des « limites », pour ne pas se sentir « débordé » ou « envahi » dans le rythme des consultations et du point de vue affectif, par les situations douloureuses des patients. C'est notamment le cas d'une femme infectiologue, travaillant sur le VIH depuis 1996, qui affirme s'être déjà « laissé déborder » au point d'avoir commis des « erreurs » du point de vue médical.

Ça j'ai remarqué, quand, quelquefois, je prends un peu du recul par rapport à des dossiers où je me dis : « Bah, effectivement, là, on a tellement parlé de ses problèmes sociaux que j'ai pas fait... j'ai pas contrôlé certaines choses... purement médicales. »

Dans les services de maladies infectieuses, médecins et soignants peuvent déléguer à d'autres une partie des tâches, de manière à ne pas avoir à porter seuls le cas d'un patient. Les médecins confient la gestion des dossiers administratifs et sociaux à l'assistante sociale du service. Concernant les questions d'observance, de gestion quotidienne de la maladie et du secret, ils adressent les malades à l'infirmière d'observance ou d'éducation thérapeutique. La rencontre avec cette infirmière se déroule de manière moins formelle que la consultation médicale, elle peut avoir lieu avec ou sans rendez-vous, et elle est moins délimitée dans le temps. Le bureau dans lequel se déroule la rencontre constitue un espace qui invite à explorer de nombreuses thématiques : des affiches ou des objets évoquent la prévention, la sexualité, le couple, les droits sociaux, etc. Enfin et surtout, le ou la patient-e se situe dans une relation moins asymétrique que face

au médecin, du fait du statut social et professionnel de l'interlocutrice⁸. Ce contexte autorise ou rend plus aisés les confidences, l'expression des émotions, ou le fait de poser des questions ou d'évoquer des sujets qui n'ont pas pu être abordés avec le médecin. Par ailleurs, lorsque les médecins pressentent un problème psychologique, ils tentent de mettre les patients en contact avec la psychologue du service, même si les patients africains sont souvent très réticents à ce type de prise en charge. Dans les faits, la réalisation de ces différentes tâches est loin d'être aussi compartimentée entre les acteurs. L'infirmière d'observance travaille aussi sur les problèmes sociaux et administratifs, qui sont intrinsèquement liés aux enjeux de l'observance. Les infirmières peuvent parler avec les patient-e-s de leurs problématiques sociales ou intimes pendant les prélèvements. Entre deux consultations, les médecins parlent d'un cas particulier avec les soignants. Dans les deux services enquêtés, les assistantes sociales sont débordées par la gestion des problèmes sociaux et administratifs des patients étrangers. Elles peuvent néanmoins s'appuyer sur un réseau associatif extérieur à l'hôpital et sur des médiatrices de santé elles-mêmes originaires d'Afrique subsaharienne (Gerbier-Aublanc, 2016).

Cette prise en charge « globale » (Pourette, 2013) présente l'avantage de ne pas enfermer la relation thérapeutique dans un « colloque singulier » médecin-malade et de ne pas confier le malade à un seul interlocuteur. Il apparaît en outre que cette délégation des tâches procure aux soignants une forme de reconnaissance et de valorisation. Les infirmières mettent notamment en avant que les patients africains se confient davantage à elles qu'au médecin et qu'ils comprennent peu ou mal les explications données par ces derniers. Elles sont ainsi amenées à « réexpliquer » la maladie, ses modes de transmission, ses moyens de prévention, le fonctionnement des traitements, en s'appuyant sur des compétences particulières dont seraient dépourvus les médecins. Elles rencontrent cependant des réticences de la part des hommes africains, notamment de confession musulmane ou des hommes âgés, qui refusent d'être soignés par une femme et encore plus de parler d'intimité avec elles.

*Les médecins et les soignants de l'hépatite B :
une prise en charge discontinuée et une parole qui ne circule pas*

L'organisation des soins dans les services d'hépatogastro-entérologie est peu adaptée à la prise en charge des dimensions sociales, administra-

8 L'une d'elle ne porte pas de « blouse blanche », symbole du pouvoir médical, afin d'instaurer un contexte propice à la confiance.

tives et affectives de l'hépatite B chez des patients étrangers (Pourette, 2013 ; Pourette et Dalsheimer, 2016). Ces services ont à prendre en charge des pathologies lourdes, relevant de l'oncologie et de l'addictologie, au regard desquelles l'hépatite B n'apparaît pas comme une priorité. Par ailleurs, les médecins hépato-gastro-entérologues rencontrés sont, de par leur spécialisation médicale, moins préparés que les infectiologues à la prise en charge des problématiques liées à la migration et à l'altérité. À leurs yeux, l'hépatite B est une maladie « compliquée » à expliquer et à comprendre, pour tous les patients, quelle que soit leur origine. Concernant les malades africains, les médecins sont de fait confrontés à leur précarité administrative, qu'il s'agisse de personnes nouvellement arrivées en France ou de personnes non régularisées et vivant en France de longue date. Le diagnostic de l'hépatite B, qu'elle soit active ou non active, est souvent suivi d'une demande de régularisation administrative. Plusieurs médecins affirment que cette situation complexifie la relation thérapeutique, car la majorité des patients ne nécessitent pas de traitement médical et de ce fait ne peuvent pas prétendre à un titre de séjour pour soins. Les médecins produisent donc des certificats médicaux, dont ils savent qu'ils ne permettront pas l'obtention d'un droit au séjour. Quelques médecins ont évoqué une « pression » de la part de certains patients qui réitèrent leur demande de certificat médical, ne comprenant pas pourquoi leur pathologie ne leur donne pas droit à un titre de séjour. Les médecins sont aussi confrontés à des refus de plus en plus nombreux de la part des autorités administratives, même lorsque la situation médicale du patient justifie qu'il reste en France⁹. Tous les médecins rencontrés déplorent cette situation et le manque de moyens dont les services disposent pour prendre en charge les malades étrangers ayant une hépatite B. Certains souhaiteraient pouvoir avoir recours à un « intermédiaire culturel » qui pourrait les aider à faire comprendre aux patients la nature de leur maladie ainsi que l'importance du suivi et, le cas échéant, du traitement. Ils souhaiteraient surtout avoir davantage de moyens en termes de soutien social. Dans les services enquêtés¹⁰, l'assistante sociale est l'interlocutrice vers laquelle sont dirigés les patients pour leur régularisation administrative. Mais elle doit gérer de nombreux autres « dossiers », liés à l'oncologie, l'addictologie, le décès des patients, le soutien aux familles des patients décédés... De ce fait, elle peut difficilement assurer une prise en charge personnalisée et suivie des malades étrangers.

9 Au cours de l'enquête, l'un des médecins a été contacté par la préfecture, qui souhaitait vérifier la conformité d'un certificat médical qu'il avait signé.

10 Dans l'un des services, le poste de l'assistante sociale était vacant au moment de l'enquête.

En outre, les soignants ont souligné combien le suivi des patients ayant une hépatite B chronique est « discontinu » ou « en pointillé ». Cette discontinuité du soin est à la fois temporelle et relationnelle. Du point de vue de la temporalité, les rendez-vous médicaux sont généralement espacés de six mois (pour les patients sous traitement) ou douze mois (pour les patients sans traitement), ce qui ne permet pas au médecin ou aux soignants d'entrer vraiment en relation avec eux. De plus, les malades sont vus de manière ponctuelle, et pour des actes précis et indépendants : les infirmières les voient à l'accueil lors de leur arrivée dans le service ou lors de la prise de rendez-vous, ou au moment d'un prélèvement ; l'infirmière d'éducation thérapeutique ne les voit qu'au moment de la mise sous traitement ; le médecin ne les rencontre qu'au cours d'une brève consultation, une ou deux fois par an¹¹. Cette discontinuité des soins est accentuée par le fait qu'il n'y a pas de communication, ou de manière marginale, entre les différents intervenants au sujet des patients. Concrètement, cela se traduit par exemple par le fait que les infirmières ne connaissent pas les résultats des examens des patients (seul le médecin y a accès) et qu'elles ne peuvent donc pas rassurer les malades, ni même leur expliquer leur situation médicale. Plusieurs infirmières déplorent ainsi le fait que « la parole ne circule pas » dans le service, ni entre les soignants, ni entre soignants et patients. Elles regrettent ne pas disposer d'un espace dédié pour « parler » avec les malades, garantissant la confidentialité. Comme dans les services d'inféctiologie, elles affirment que les patients, surtout les patients étrangers, ne comprennent pas les explications du médecin. Mais elles ne peuvent pas établir un dialogue avec eux ou simplement leur parler par manque de temps, d'espace et de connaissance du dossier médical du patient. Les infirmières rencontrées affirment souffrir de cette situation, qui ne leur permet pas d'assumer ce qu'elles considèrent comme relevant de leur rôle professionnel : délivrer une parole réconfortante ou au moins informative.

Conclusion

La relation de soin entre soignants et patients immigrés se construit différemment dans les services de prise en charge du VIH et dans les services de prise en charge de l'hépatite B, du fait d'une approche différente de la pathologie, des patients et des différentes dimensions de

11 Dans l'un des services, il y avait une psychologue au moment de l'enquête, mais elle était affectée à l'oncologie. Dans l'autre service, il n'y avait pas de psychologue.

la vie avec la maladie. Dans les services prenant en charge les patients ayant une hépatite B chronique, la relation de soin est seulement axée sur les aspects médicaux. Dans les services de prise en charge du VIH, la relation de soin peut se construire sur d'autres dimensions (le partage du secret autour de la maladie, la prise en charge des problématiques sociales ou administratives, la mise en route d'une grossesse, etc.), du fait de la sensibilité des infectiologues aux problématiques des patients étrangers et d'une organisation des soins permettant une délégation des tâches et une prise en charge « globale » des malades.

Par ailleurs, la relation de soin est différemment investie par les femmes et par les hommes originaires d'Afrique subsaharienne. Il apparaît que la relation au médecin ou au soignant est investie par les femmes africaines comme une ressource personnelle et sociale pour faire face à la maladie (VIH ou hépatite B) dans des situations sociales et migratoires complexes. Dans des contextes où leurs capacités d'agir sont limitées, les intervenants hospitaliers et notamment le médecin constituent des formes de soutien social, médical, moral, affectif, inestimables, que la plupart d'entre elles mobilisent activement. C'est rarement le cas pour les hommes africains. La plupart des hommes enquêtés s'appuient peu sur cette relation de soin pour gérer leurs difficultés sociales et de santé et ils semblent dépourvus, à quelques exceptions près, d'autres ressources pour y faire face. S'ils sont plus souvent que les femmes en capacité de faire entendre leurs insatisfactions ou d'exprimer les conflits de perspectives avec les soignants, ils ne peuvent pas aborder avec eux les véritables problématiques qui les empêchent de « bien » vivre avec la maladie : les problématiques liées à l'intimité, la sexualité et la paternité, qui demeurent prégnantes pour un nombre important d'entre eux. Ils ne disposent pas, au sein de l'hôpital ou à l'extérieur, de lieu et d'interlocuteur auprès de qui exprimer ces difficultés et trouver de l'aide. Peu d'études se sont intéressées au vécu de la sexualité et au rapport à la masculinité et à la parentalité des hommes hétérosexuels vivant avec le VIH. Notre étude souligne que, pour les hommes africains, le fait d'être atteint du VIH ou d'une hépatite B engendre une mise en doute de leur masculinité du fait des fortes attentes sociales liées au statut d'homme en milieu africain qu'ils ne peuvent assumer : se marier, avoir des enfants, travailler, envoyer de l'argent aux proches, prendre en charge les parents âgés, assumer ses responsabilités de père et d'époux même lorsque femme et enfants sont restés au pays. L'impact négatif du statut sérologique sur la sexualité est également souligné. Une étude menée au Royaume-Uni auprès d'immigrés africains arrive aux mêmes conclusions (Doyal, Anderson et Papanini, 2009). Dans les sociétés africaines, la masculinité repose sur un ensemble d'aptitudes physiques, matérielles et morales (Bila et Egrot, 2008) qui exclut la possibilité de se confier, de s'épancher

sur ses problèmes personnels, notamment quand ils sont liés à l'intimité et la sexualité, et qui engendre une « moindre aisance des hommes par rapport aux femmes, dans leurs rapports avec le système de soin » (Bila et Egrot, 2008). Ces contraintes sociales, qui ne permettent pas aux hommes d'exprimer leurs faiblesses, expliquent les difficultés des hommes enquêtés à se confier aux soignants et à mobiliser la relation de soin dans la gestion des problématiques relevant de la sphère intime.

Du côté des professionnels de santé, leur mode d'engagement dans la relation de soin dépend également du genre et de l'origine des malades, et de leurs représentations des femmes et des hommes africains. Avec les femmes africaines, ils recourent systématiquement et dès l'annonce de la maladie au discours de la maternité possible. Ce discours repose sur leurs représentations des femmes africaines comme des femmes accordant une plus grande importance que les autres femmes au fait d'être mère et pour lesquelles la maternité permettra de surmonter la maladie (Pourette, 2010). Les professionnels produisent ainsi un discours qu'ils pensent adapté à leurs objectifs (faire en sorte que les femmes africaines adhèrent au suivi et au traitement), et auquel les femmes souscrivent, car il entre en résonance avec les constructions sociales de la féminité en Afrique, avec leurs angoisses de mort liées au diagnostic et aussi avec leur expérience personnelle : nombre d'entre elles ont dû laisser un ou plusieurs enfants au pays. À l'inverse, les professionnels de santé ressentent rarement l'intérêt d'aborder la question de la paternité avec les hommes africains. Cette question est peu évoquée lors des consultations, et quand elle est abordée, c'est généralement dans le cadre d'une procréation médicalement assistée, lorsque la femme est également séropositive. Les professionnels rencontrent en outre des difficultés à aborder les questions de sexualité ou d'intimité avec les hommes africains : d'une part, ils perçoivent les hommes africains comme particulièrement « fermés » sur ces questions et, d'autre part, certains définissent la « sexualité des Africains » comme « compliquée ».

L'un des apports de cette étude est de souligner la nécessité de mener des recherches sur les enjeux liés à la masculinité, à la paternité et à la sexualité chez les hommes originaires d'Afrique vivant avec une maladie sexuellement transmissible, comme le VIH ou l'hépatite B. Ces questions sont très peu abordées par les recherches et rarement prises en compte par les professionnels de santé alors qu'elles affectent de manière importante le vécu avec la maladie et le rapport aux soins de ces hommes. L'enjeu est ici d'améliorer la vie de ces personnes avec la maladie et dans leur relation aux soins, mais il s'agit aussi d'un enjeu de prévention. Certains de ces hommes ne peuvent pas dire à leur épouse qu'ils ont le VIH, une hépatite B ou une autre maladie sexuellement transmissible, d'autres

« doivent faire des enfants » quand ils rentrent au pays¹² et il n'est pas question pour eux d'utiliser un préservatif. Il est donc plus que nécessaire de mener des réflexions et de construire des politiques de santé prenant en compte ces enjeux pour le bien-être des malades, de leurs proches et des professionnels qui leur délivrent des soins.

Bibliographie

- BASZANGER I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1, p. 3.
- BILA B., EGROT M., 2008, « Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? », *Science et technique*, hors-série 1, p. 85-91.
- BURY M., 1982, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health & Illness*, 4, 2, p. 167-182.
- CALVEZ M., 2010, « La négociation du soi et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale », *Ethica Clinica*, 57, p. 6-13.
- CARRICABURU D., MÉNORET M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris, 235 p.
- DODIER N., BARBOT J., 2000, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 18, 1, p. 75-119.
- DOYAL L., ANDERSON J., PAPARINI S., 2009, « "You are not yourself" : exploring masculinities among heterosexual African men living with HIV in London », *Social Science & Medicine*, 68, 10, p. 1901-1907.
- DRULHE M., 2000, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », in Geneviève CRESSON et François-Xavier SCHWEYER (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Éditions ENSP, Rennes, p. 15-29.
- FAINZANG S., 2006, *La Relation médecins-malades : information et mensonge*, PUF, Paris.
- FREIDSON, E., 1970, *Profession of Medicine* (trad. française : *La Profession médicale*, Payot, Paris, 1984), Harper & Row, New York.
- GERBIER-AUBLANC M., 2016, « Du care à l'agency : l'engagement associatif des femmes nées en Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France », thèse de sociologie, Paris-Descartes, Paris.
- GOFFMAN E., 1975, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Paris.
- GUIONNET A., NAVAZA B., PIZARRO DE LA FUENTE B., PÉREZ-ELÍAS M.J., DRONDA F., LÓPEZ-VÉLEZ R., PÉREZ-MOLINA J.A., 2014, « Immigrant

12 Dans le cas où la femme vit en Afrique, comme c'est le cas pour plusieurs hommes enquêtés.

- women living with HIV in Spain : a qualitative approach to encourage medical follow-up », *BMC Public Health*, 14, 1, p. 1115.
- KOTOBI L., 2000, « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, 1225, p. 62-72.
- LANGLOIS E., 2006, *L'Épreuve du sida*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- MÉCHALI D., BOUCHAUD O., 2008, « Faut-il une prise en charge spécifique des migrants infectés par le VIH en France ? », *Médecine et maladies infectieuses*, 38, p. 438-442.
- PETITAT A., 1992, « Science, affectivité et singularité dans la relation de soins », *Revue internationale d'action communautaire*, 28, 68, p. 139-150.
- POURETTE D., 2013, « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle clé de la relation médecin-patient », *Santé publique*, 25, 5, p. 561-570.
- POURETTE D., 2010, « Maternité et sexualité des femmes africaines vivant avec le VIH/sida en France : préjugés et expériences », *L'Autre : Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11, 3, p. 301-311.
- POURETTE D., 2008, « Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France », *Médecine/sciences*, 24, p. 184-192.
- POURETTE D., DALSHIMER L., 2016, « VIH et hépatite B chronique chez des migrants subsahariens : des prises en charge différentes affectant le rapport aux soins, les attentes et les recours des patients », in Caroline DESPRÈS, Serge GOTTOT, Hélène MELLERIO et Maria TEIXEIRA (dir.), *Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Éditions des archives contemporaines, Paris, p. 175-196.
- POURETTE D., ENEL C., 2015, « Représentations et vécu de l'hépatite B de patients subsahariens en Côte d'Ivoire et en France », *Santé publique*, 26, 6, p. 869-878.
- RYN M. VAN, BURKE J., 2000, « The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients », *Social Science & Medicine* (1982), 50, 6, p. 813-828.
- SAILLANT F., GAGNON É., 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins ? », *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2, p. 5-14.
- SOU-M-POUYALET F., DILHUYDY J.-M., HUBERT A., KANTOR G., 2005, « Soignant contaminé et malade imaginé : étude anthropologique de la construction de l'individualité en radiothérapie », *Bulletin du cancer*, 92, 7-8, p. 741-745.
- THOMAS F., AGGLETON P., ANDERSON J., 2010, « "Experts", "partners" and "fools" : exploring agency in HIV treatment seeking among African migrants in London », *Social Science & Medicine*, 70, 5, p. 736-743.

*Des capacités d'agir révélées
par le vécu collectif de la maladie ?
Le cas des femmes dans les associations
de lutte contre le VIH*

Marjorie Gerbier-Aublanc

I nvisibles en France pendant près de deux décennies, les femmes nées en Afrique subsaharienne deviennent au tournant des années 2000 des « cibles » prioritaires des programmes de lutte contre le VIH. Leur situation dans l'épidémie émerge en parallèle comme un objet de recherche pour les sciences sociales. Cependant, tandis que d'autres groupes sociaux – les homosexuels masculins notamment – sont très tôt considérés par les politiques et présentés par les chercheur.e.s comme des acteurs de la lutte contre le VIH (Pinell, 2002), les femmes d'Afrique subsaharienne sont pensées comme un groupe vulnérable (Musso, 2011). Politiquement, elles tendent à être construites de manière homogène comme les « victimes » sans ressource d'une culture patriarcale de laquelle elles devraient s'émanciper (Musso, 2005). Leur situation dans l'épidémie de VIH est alors principalement envisagée au prisme des rapports de genre inégalitaires. Les portraits de la « femme victime » et de l'« homme guerrier » – donc coupable – (Desgrées du Loû, 2014) imprègnent l'imaginaire des acteurs français (politiques, médicaux et associatifs) de la lutte contre l'épidémie lorsqu'il est question des populations d'Afrique subsaharienne. Ces représentations expliquent le fait qu'au début des années 2000 les initiatives associatives communautaires portées par et destinées aux femmes de ce groupe social soient vivement encouragées dans le monde du VIH. Un ensemble d'associations communautaires créées et/ou gérées par des personnes nées en Afrique subsaharienne voient le jour à cette période, au sein desquelles les femmes occupent une position centrale. Nous avons recensé une quarantaine de collectifs de ce type sur le territoire français en 2015, dont une majorité en Île-de-France.

Si la position des femmes immigrées au sein des rapports sociaux de genre a également été analysée par les chercheuses en sciences sociales comme un facteur de vulnérabilité à l'épidémie de VIH (Lydié, 2008), l'hétérogénéité de leurs trajectoires (Pourette, 2008) a été mise en évidence, ainsi que la nécessité de replacer cette position de genre dans une réflexion globale sur l'immigration (Musso, 2005 ; Pourette, 2010). Il a par ailleurs été souligné que l'expérience combinée du VIH et de l'immigration pouvait propulser les femmes immigrées au sein de nouveaux espaces sociaux, tels que les associations de lutte contre le VIH (Lydié, 2008). En introduisant le fait que les femmes d'Afrique subsaharienne occupent une place active au sein de tels collectifs (Musso, 2011), ces travaux interrogent explicitement la « vulnérabilité » qu'elles sont censées incarner dans l'épidémie de VIH.

C'est dans ce prolongement que s'inscrit ce chapitre. Il s'agit en effet de montrer que l'expérience collective de la maladie au sein des associations communautaires favorise le déploiement des capacités d'agir des femmes d'Afrique subsaharienne confrontées aux « institutions françaises ». Nous entendons par « institutions » l'ensemble des structures sociales et politiques gouvernant différents domaines de la vie des femmes immigrées (la médecine, le travail social, l'appareil administratif) et par « françaises » le fait que ces structures régulent pour le compte de l'État leur installation sur le territoire national. Nous examinerons le déploiement des capacités d'agir de ces femmes à travers deux expériences particulières. D'une part, nous montrerons comment le vécu de la maladie au sein de ces associations permet aux femmes de négocier l'accompagnement social qui leur est proposé au sein des structures d'hébergement institutionnelles. D'autre part, nous soulignerons la manière dont les femmes engagées au sein de tels collectifs investissent les espaces de représentation qui s'ouvrent à elles *via* la lutte contre le VIH. Nous conclurons en évoquant les coûts d'un tel engagement associatif pour ces femmes et la manière dont leur position dans l'ordre social peut peser sur le déploiement de leurs capacités d'agir.

L'engagement associatif pour répondre aux situations de vulnérabilité

Au fil de l'enquête, deux profils de femmes ont été identifiés au sein des associations communautaires : les usagères et les aidantes associatives. Les usagères associatives sont l'ensemble des destinataires des actions et de l'accompagnement proposés au sein des collectifs. Les aidantes associatives sont quant à elles bénévoles ou salariées associatives et interviennent au sein des collectifs afin d'apporter un soutien (thérapeutique, social, administratif, psychologique) aux usagères de la structure. Notons que

**ENCADRÉ. Une enquête qualitative
dans le milieu associatif communautaire**

Les réflexions développées dans ce chapitre sont issues d'une recherche doctorale portant sur l'engagement associatif des femmes nées en Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH en France (Gerbier-Aublanc, 2016). Une enquête socioethnographique « enracinée dans le terrain » (Olivier de Sardan, 2008) a été réalisée entre 2011 et 2013 en Île-de-France principalement, en lien avec l'étude *Parcours*. L'enquête s'est principalement appuyée sur deux méthodes de collecte de données qualitatives : dix-huit mois d'observation au sein de huit associations communautaires et lors d'événements extérieurs, ainsi que 86 entretiens semi-directifs auprès, entre autres, de 43 femmes engagées dans ces associations (détail en annexes du chapitre 11 sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_11.xlsx)

les frontières entre les statuts d'aidante et d'usagère sont mouvantes au sein de ces associations qui reposent sur l'entraide entre les personnes. Dans le cas des usagères comme des aidantes, la décision d'intégrer une association résulte d'un arbitrage qu'elles opèrent suite à leur expérience du VIH. Arbitrage entre, d'une part, les situations de vulnérabilité provoquées par le diagnostic de séropositivité et, d'autre part, le poids du secret inhérent à cette pathologie. En effet, l'engagement associatif dans la cause du VIH expose les femmes à des risques de stigmatisation au sein des réseaux d'immigré.e.s, ce qui freine le recours associatif de nombre d'entre elles (Gerbier-Aublanc, 2016 ; Pourette, 2013). Dans le cas des aidantes comme des usagères associatives, c'est la nécessité de répondre aux situations de vulnérabilité provoquées par le VIH qui oriente leur démarche d'engagement.

Des aidantes dotées de ressources

Les aidantes sont des femmes séropositives ou séronégatives au VIH pour la plupart installées de longue date en France et bien insérées socialement. Nombre d'entre elles sont arrivées dans les années 1980-1990 pour suivre des études et ne sont jamais reparties. Elles ont construit leur vie sociale, professionnelle et familiale en France. La plupart des aidantes séropositives se sont engagées très tôt, en Afrique ou en France, dans la lutte contre l'épidémie suite à leur propre expérience du VIH. Certaines militantes associatives reconnues dans leur pays ont immigré en France au cours des années 2000, car leur état de santé se détériorait. Elles se sont alors rapidement rapprochées des associations afin de prolonger leur engagement. Les aidantes séronégatives se sont quant à elles mobilisées dans la

cause du VIH en France pour diverses raisons. Certaines ont accompagné un proche dans la maladie ou ont vécu le décès d'un être cher, causé ou non par le VIH. D'autres ont pris conscience de l'exposition particulière des femmes immigrées aux risques d'infection par le VIH et se sont mobilisées afin de sensibiliser les populations.

Quels que soient leur statut sérologique et le motif de leur engagement, ces femmes étaient dotées d'un ensemble de ressources économiques, sociales et cognitives qu'elles ont choisi de mettre au service d'autrui au sein des collectifs ; ces ressources leur permettant de dépasser la peur de la stigmatisation possible autour du VIH. Au moment de l'enquête, les deux tiers étaient salariées des structures associatives, notamment embauchées en contrats à durée déterminée comme médiatrices de santé ; les autres étaient bénévoles à temps plein.

Des usagères propulsées dans une situation de liminalité

Le diagnostic de séropositivité en contexte de mobilité internationale a cependant provoqué chez certaines femmes des ruptures biographiques brutales, dont notamment la nécessité de s'installer en France pour pouvoir accéder aux traitements antirétroviraux pas toujours disponibles dans les pays d'origine. La plupart des femmes identifiées comme usagères associatives n'avaient pas pour projet de s'installer en France, mais séjournaient temporairement sur le territoire pour des raisons familiales, touristiques ou professionnelles. C'est le diagnostic de séropositivité qui les a propulsées dans une situation de liminalité (Calvez, 1994) : elles ont perdu le statut social qu'elles détenaient au pays sans pour autant avoir acquis une nouvelle position socialement reconnue en France. Elles ont d'abord perdu leur ancrage social en laissant au pays leur famille, parfois des enfants en bas âge, leur vie sociale et professionnelle. En France, ces femmes cumulent ensuite isolement géographique et social, en raison de l'émigration et d'une mise à distance des possibles réseaux existant sur le territoire français par crainte de la stigmatisation après le diagnostic. Ce double isolement est associé à des situations de précarité (administrative, sociale, économique, affective) inhérentes à leur statut d'immigrées (Fassin, 2001) et aux conditions de leur installation en France comme le met en lumière Anne Gosselin dans le chapitre 1. L'ensemble de ces raisons justifie leur orientation vers les associations communautaires par les équipes hospitalières, les identifiant comme « très vulnérables », et le fait qu'elles acceptent ce recours associatif ; leur survie immédiate primant sur les risques de stigmatisation.

Un modèle de prise en soin sensible des situations de vulnérabilité...

L'analyse de ces profils et des dynamiques collectives qu'ils alimentent laisse entrevoir un modèle d'engagement associatif inscrit dans le registre du *care*. Au sein des associations d'entraide, l'accompagnement des usagères s'opère selon deux configurations. D'une part, les associations accueillent les individus au sein de leurs locaux, proposant chaque jour un repas et un ensemble d'activités afin de les accompagner vers la redéfinition de projets de vie au-delà du VIH. D'autre part, les aidantes associatives interviennent aux côtés des équipes hospitalières, en vue de stabiliser la situation sociale et thérapeutique des patientes identifiées comme particulièrement vulnérables. L'observation de ces modes d'accompagnement met en lumière un travail de prise en soin *sensible* des situations de vulnérabilité. Nous entendons par *sensible* une démarche d'accompagnement prenant en considération l'ensemble de la trajectoire biographique des personnes afin de soutenir le maintien de leur estime sociale et d'éviter les situations d'humiliation, qu'elles rencontrent parfois dans leurs interactions avec les représentant.e.s des institutions françaises (Sayad, 1991). Les aidantes s'efforcent donc de soutenir les usagères dans leur parcours de soin, en répondant tout autant à leurs besoins sociaux (régularisation administrative, stabilisation résidentielle, insertion professionnelle) qu'à leur besoin symbolique de reconnaissance. Ce modèle de prise en soin est également porteur de formes de reconnaissance particulières pour les aidantes associatives.

*... porteur de reconnaissance pour les aidantes
comme pour les usagères associatives*

Les aidantes associatives interviennent à l'hôpital en soutenant non seulement les patientes, mais également les équipes professionnelles. En acceptant d'habiter les « interstices du système institutionnel de prise en soin » auxquelles elles sont reléguées dans le milieu hospitalier (Gerbière-Aublanc, 2016), elles gagnent en reconnaissance au sein des équipes soignantes, mais également dans le monde du VIH. Elles sont en effet régulièrement sollicitées pour présenter leurs interventions lors d'événements publics sur le VIH et pour représenter la cause des « femmes migrantes ». Elles sont alors amenées à côtoyer des personnalités (re)connues dans le milieu médical comme dans le monde politique. Ainsi, l'engagement associatif dans la cause du VIH – même bénévole – est tout autant porteur de visibilité publique que d'un ensemble de gratifications symboliques. Leur engagement associatif facilite en outre la reconnaissance publique du travail qu'elles réalisent au quotidien et leur ouvre parfois l'accès à

une carrière politique, comme dans le cas de quelques femmes devenues conseillères municipales. Cette cause leur permet en ce sens d'accéder à certains emplois plus valorisants que ceux qui leur sont assignés en France¹ par les politiques publiques et le fonctionnement du marché de l'emploi.

L'entraide communautaire sur laquelle reposent les associations offre par ailleurs aux usagères des formes de reconnaissance favorisant le déploiement de leurs capacités d'agir. Les liens qui se développent au sein des collectifs, à partir du partage de l'expérience du VIH en contexte migratoire, reproduisent des formes d'organisation quasi familiale et de convivialité « à l'africaine » dont les personnes sont particulièrement nostalgiques et qui alimentent le soutien de leur estime sociale. Un ensemble de pratiques sont mises en œuvre afin d'agir sur les identités blessées des personnes, en les revalorisant et en retournant le stigmate associé au VIH. Il s'agit par exemple de discours véhiculant une étiologie différente du VIH – une maladie des belles personnes sollicitées de toutes parts par les prétendant.e.s, ce qui explique leur infection – ou d'activités visant la réappropriation de son corps et le bien-être psychique (l'aquagym, l'ostéopathie, le théâtre). Il s'agit également de pratiques discursives inspirées des traditions orales de certains pays d'Afrique au cours desquelles le groupe va retracer le parcours d'une femme afin de mettre en lumière tout ce qu'elle a accompli avant de se trouver dans cette situation et de pointer les ressources dont elle dispose. L'objectif est de susciter chez les usagères une forme alternative de réflexivité et de distance à soi, une activité critique face à leurs expériences biographiques qui leur permette de dépasser l'état liminal provoqué par le diagnostic de séropositivité et de se redéfinir comme les sujets de leur existence (Foucault, 1999). Un ensemble de connaissances sont alors transmises aux usagères dans des cadres plus ou moins formels afin qu'elles investissent au mieux les espaces de leur prise en charge thérapeutique et sociale.

L'accompagnement social en France, un espace de négociation

Au moment de leur orientation vers les associations d'entraide, les usagères sont souvent sans titre de séjour et dans des situations d'« instabilité résidentielle », comme le souligne Anne Gosselin en début d'ouvrage. Les aidantes associatives travaillent alors en partenariat avec les soignant.e.s et assistantes sociales hospitalières afin notamment d'aider les usagères

1 Voir sur ce point les données présentées dans le chapitre 2 par Margot Annequin.

à trouver un logement stable. Plusieurs des usagères associatives rencontrées ont en ce sens été accueillies au sein de structures institutionnelles : appartement de coordination thérapeutique (ACT), centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), foyers divers. L'accompagnement social proposé au sein de ces lieux d'hébergement est souvent vécu par les femmes comme une épreuve, révélant leur positionnement minoritaire dans l'ordre des rapports sociaux en France. Néanmoins, elles ne sont pas passives face à cette épreuve. Elles mobilisent, pour la surmonter, un ensemble de ressources acquises avant le diagnostic de séropositivité et avant l'immigration ainsi que des ressources puisées dans les collectifs et la lutte contre le VIH.

*Une épreuve révélatrice de la position minoritaire
des femmes africaines en France*

Au sein des hébergements, l'accompagnement social institutionnel (par opposition à l'accompagnement social proposé dans les associations) est parfois imprégné de représentations genrées et ethnicisées de la femme africaine « vulnérable » et sans ressources qu'il faudrait éduquer. Les pratiques qui en découlent sont vécues par les femmes comme humiliantes et infantilisantes et véhiculent de profondes remises en cause identitaires.

Dans ces hébergements, les femmes cumulant des situations de précarité sont accompagnées par des équipes de travailleurs sociaux qui doivent les aider à résoudre ces situations en s'insérant dans le droit commun. Ces structures d'hébergement sont néanmoins soumises à des règlements intérieurs que les femmes perçoivent comme humiliants. Elles ne peuvent par exemple pas inviter d'amis ou de proches à dormir et doivent demander la permission pour recevoir leur petit ami. Elles doivent informer les équipes sociales de leurs absences et de leurs déplacements. Si elles veulent voyager au pays, elles doivent respecter une durée de séjour limitée par l'institution. On leur apprend également comment entretenir le logement, comment gérer un budget. Elles sont parfois, pour ce faire, accompagnées au supermarché par des travailleuses sociales. Certaines structures se sont même spécialisées dans l'apprentissage à la parentalité : des femmes déjà mères de plusieurs enfants vivent difficilement le fait de recevoir des conseils de jeunes travailleuses sociales. Elles doivent enfin passer par les équipes sociales pour toutes les démarches qu'elles souhaitent entreprendre et parfois même simplement pour poster du courrier. Les femmes se sentent alors « comme en prison », « mises sous tutelle », « sous contrôle ». Cet accompagnement est vécu comme une humiliation et une infantilisation insupportable qui les destitue de leur statut d'adulte et les maintient dans la dépendance institutionnelle.

Elles rappellent régulièrement, dans les entretiens, leur position sociale au pays. Elles soulignent par exemple qu'elles savent lire et écrire, qu'elles ont été financièrement indépendantes et qu'elles ont élevé des enfants avant d'en arriver à cette situation. Les pratiques d'accompagnement social qui leur sont proposées conviennent selon elles à des femmes « ne sachant ni lire ni écrire ». Par les critiques qu'elles formulent, les femmes rencontrées revendiquent en réalité la prise en considération de leurs parcours singuliers.

*Des tactiques de négociation favorisées
par l'engagement au sein des collectifs*

Elles développent alors individuellement un ensemble de tactiques visant à reprendre le contrôle de la situation. Certaines rusent pour se réapproprier leur lieu de vie afin de meubler l'appartement à leur goût et de consommer les produits qu'elles aiment. Afin de contourner le contrôle des équipes sociales, elles choisissent par exemple une chambre proche de la porte d'entrée pour pouvoir recevoir discrètement leurs amoureux. D'autres se font élire déléguée des résidentes afin de retrouver un statut social proche de celui qu'elles détenaient au pays et pour mieux négocier les règlements intérieurs.

Si ces tactiques ne sont pas directement liées à leur engagement au sein des collectifs, les interactions à l'œuvre dans ces associations nourrissent indiscutablement leur estime d'elles-mêmes et soutiennent la réappropriation de leur vie, comme nous l'avons souligné dans le point précédent. C'est en ce sens que la fréquentation des associations alimente non seulement la prise de conscience de l'humiliation et de l'infantilisation qu'elles vivent au sein de ces hébergements, mais également le développement de tactiques de contournement et de résistance. Au sein des collectifs, les femmes parlent de ces tactiques, se donnent des conseils les unes aux autres, tout en cherchant l'approbation de leurs pairs.

Les femmes qui sont le plus en conflit avec les équipes sociales censées les accompagner sollicitent l'aide des aidantes associatives, ce qui peut poser un certain nombre de problèmes pour ces dernières alors mises en porte-à-faux, partagées entre le désir d'accompagner au mieux les usagères et le besoin de préserver leurs rapports avec les professionnel.le.s des structures d'hébergement. Les associations sont en effet perçues par leurs usagères comme des lieux d'autocompréhension au sein desquels sont valorisées les compétences singulières qu'elles détiennent, comme des refuges au sein desquels elles peuvent mettre en mots leur souffrance et obtenir du soutien. Face à ce type de situations, les aidantes associatives tendent à conseiller aux usagères de préserver leurs relations avec

les équipes sociales afin de ne pas risquer de compromettre le soutien à l'insertion sociale dont elles pourraient bénéficier. Ces situations sont discutées, débattues, approuvées ou critiquées par les aidantes comme par les usagères associatives. Lors des situations de conflit, des solutions sont recherchées collectivement. Les aidantes associatives imaginent aux côtés des usagères un ensemble de stratégies de négociation collective. Les registres mobilisés dépassent alors la simple résistance pour glisser vers des pratiques de dénonciation publique, comme nous allons à présent le présenter. Dans tous les cas, les usagères parviennent progressivement à renégocier une identité positive d'elles-mêmes en tentant d'agir sur les modalités de l'accompagnement social qui leur est proposé au sein des hébergements institutionnels.

L'accès aux espaces de représentation : une voix subversive

L'engagement dans la lutte contre le VIH ouvre aux femmes l'accès à des espaces de représentation publics. La reconnaissance dans le milieu du VIH de l'expertise des aidantes associatives les mène en effet à être sollicitées afin d'intervenir dans divers espaces, au sein desquels elles se positionnent comme informatrices ; représentant la situation des femmes immigrées dans l'épidémie tout en tentant d'agir sur le portrait que les institutions en dressent. Il s'agit par exemple des ateliers et groupes de travail ministériels, des conférences et des événements divers sur le VIH ou encore des coordinations régionales de lutte contre l'épidémie (Corevih) au sein desquelles elles interagissent avec d'autres acteurs du VIH (associatifs, médicaux ou encore politiques). Il peut également s'agir d'invitations au sein d'instituts de formation au travail social où elles sont appelées à former les futur.e.s professionnel.le.s. Tandis que les usagères, qui craignent la stigmatisation, perçoivent ces espaces de représentation comme un « fardeau » (Shohat, 1995), les aidantes les investissent stratégiquement. Il est intéressant de souligner combien ces aidantes incarnent, aux yeux des autres acteurs du VIH, des femmes émancipées ayant surmonté les vulnérabilités qu'elles sont censées incarner. Elles sont de ce fait érigées en représentantes légitimes de la « cause des femmes migrantes ». Il est alors attendu d'elles qu'elles représentent « par procuration » (Spivak, 1988) les intérêts des femmes d'Afrique subsaharienne dans la cause du VIH et qu'elles portent leur voix dans l'espace public. Au sein de ces espaces, les aidantes font un usage subversif de la représentation, habitant le portrait de la femme vulnérable émancipée tout en dénonçant les pratiques institutionnelles qui l'alimentent.

Habiter les représentations...

Au sein de ces espaces, les aidantes associatives usent stratégiquement de leurs témoignages personnels. Lors d'un événement national sur le VIH en juin 2014, il est demandé à Grâce N., médiatrice de santé séropositive au VIH, d'animer l'atelier dédié aux « femmes migrantes ». Grâce N. introduit la séance en revenant sur son parcours personnel, comme cela le lui a été demandé par les organisatrices. Elle présente alors les circonstances de son diagnostic de séropositivité, « la déchéance psychique et physique » dans laquelle cette annonce l'a plongée, la trahison du père de sa fille à l'origine de cette infection, l'obligation d'émigrer en France pour survivre et le déchirement qu'a provoqué le fait de laisser sa fille au pays. Elle poursuit en contant sa rencontre avec l'association qui l'embauche aujourd'hui.

J'arrive, je rencontre des femmes et, curieuse que je suis, je pose un peu des petites questions et le parcours était presque le même. [...] Je me suis portée volontaire d'être bénévole. Pendant un an trois mois, je faisais un peu de tout. [...] Alors j'étais très contente d'y être. Et après l'obtention de mon titre de séjour, j'ai été recrutée à l'association comme médiatrice de santé. Je me suis dit « Grâce, chapeau ! Ça, c'est bien ! » Et aujourd'hui, sans vous mentir, le travail que je fais à l'association va en phase de ce que j'aime faire et mon projet professionnel. Et mon projet professionnel c'est de donner les informations, d'être conseillère en santé sexuelle et droits humains.

Dans ce récit, Grâce N. mobilise le vocabulaire attendu, la façon de dire qui interpelle et fait sens pour l'auditoire, insistant sur les moments de souffrance et mettant en valeur le soutien reçu par l'association. Par ce témoignage, elle « habite » (Mahmood, 2009) les représentations politiques de la femme africaine vulnérable tout en incarnant par cette performance une « transformation de soi » (Nguyen, 2010). Elle met d'abord en scène les « vulnérabilités » au prisme desquelles les femmes immigrées sont pensées en France, en insistant particulièrement sur les inégalités de genre à l'origine de sa séropositivité et sur les ruptures biographiques successives générées par ce diagnostic. Elle met également en avant les ressources puisées au sein de l'association pour surmonter ces épreuves. Autant de « preuves » du processus de transformation dont elle a elle-même été l'objet : une femme vulnérable devenue sujet de son existence.

On note enfin dans cet extrait la manière dont Grâce N. présente son propre parcours comme similaire à celui des femmes qu'elle rencontre au sein de l'association. Cette « généralisation de soi-même » (Spivak, 1999), si elle est ici mobilisée pour mettre en lumière la force du collectif, apparaît dans d'autres situations comme une forme d'« essentialisme stratégique » (Deepikha, 2010), un détournement conscient des stéréotypes essentialistes non plus utilisés pour créer des hiérarchies sociales et raciales, mais afin

de dénoncer les assignations minoritaires auxquelles sont confrontées les femmes immigrées en France.

... pour mieux dénoncer l'humiliation

Les aidantes associatives usent stratégiquement, dans cette continuité, de leur accès aux plateformes de représentation afin de dénoncer ouvertement l'accompagnement social institutionnel proposé aux usagères, comme le met en évidence l'étude de cas suivante.

Octobre 2012. Une journée de rencontre est organisée afin de réunir l'ensemble des acteurs d'une coordination régionale de lutte contre le VIH (Corevih). Un atelier autour de l'hébergement thérapeutique est prévu l'après-midi. Une aidante associative s'y rend accompagnée de deux usagères. Les intervenant.e.s (une assistante sociale et deux représentant.e.s nationaux des hébergements thérapeutiques) présentent le fonctionnement des appartements de coordination thérapeutiques (ACT) et les trajectoires des personnes hébergées en leur sein. La « débrouillardise des femmes africaines » dans leur parcours d'installation en France est soulignée et l'expérience de l'hébergement en ACT est présentée comme une « parenthèse » dans leur parcours. L'aidante associative manifeste son désaccord par des chuchotements aux usagères et des grimaces assez explicites. La parole est donnée à la salle et une travailleuse sociale propose de mettre en place des ateliers d'éducation à la parentalité pour les femmes hébergées avec leurs enfants en bas âge. L'aidante ne peut contenir son opposition à cette idée. Elle interpelle alors l'assemblée :

Les femmes que vous souhaitez « éduquer » à la parentalité sont souvent mères de plusieurs enfants et depuis bien longtemps ! Et vous souhaitez que de jeunes travailleuses sociales d'à peine vingt ans, tout juste sorties de l'école, leur apprennent comment devenir mère alors que ce sont elles-mêmes encore des enfants ? Comme si c'était des jeunes placées sous surveillance judiciaire ! Les femmes sont-elles donc sous tutelle ?

Elle poursuit en pointant l'incohérence des règlements intérieurs de ce genre de structure, et notamment l'interdiction de recevoir des invités pour la nuit, qui met selon elle les femmes en danger. L'aidante explique en effet que, contraintes d'avoir des relations sexuelles dans des lieux non sûrs, les femmes s'exposent au bon vouloir de leurs partenaires et ne sont donc plus en mesure de se protéger.

Ce cas souligne comment les aidantes associatives s'insèrent dans les espaces ouverts par la lutte contre le VIH afin de faire entendre leur vision de la situation des « femmes migrantes » et de dénoncer ce qu'elles perçoivent comme opposé aux intérêts des usagères associatives, ici leur « mise

sous tutelle » et leur infantilisation au sein des structures d'hébergement institutionnelles. Les négociations individuelles des usagères présentées précédemment sont ainsi relayées par les aidantes sous forme de critiques publiques lors d'événements sur le VIH.

Ces critiques génèrent parfois l'ouverture de dialogues entre aidantes associatives et représentant.e.s institutionnel.le.s. Suite à cet atelier sur l'hébergement thérapeutique, son animatrice – une assistante sociale hospitalière largement investie dans des initiatives de travail en réseau – a contacté l'aidante associative ayant dénoncé la « mise sous tutelle » des femmes hébergées afin de créer un groupe de travail au sein du Corevih autour des enjeux de l'hébergement thérapeutique. Les réunions de ce groupe de travail se poursuivent jusqu'à ce jour pour rechercher des solutions collectives et des outils sont pensés conjointement afin d'agir sur les situations que les immigrant.e.s jugent humiliantes. Cette initiative symbolise la volonté des acteurs institutionnels et associatifs d'accorder aux usagères le pouvoir d'intervenir de manière critique sur leur parcours d'accompagnement social. Plus globalement, on voit comment l'investissement par les aidantes associatives d'espaces de représentation ouverts par la lutte contre l'épidémie permet la mise en visibilité de situations jugées humiliantes, l'ouverture d'un dialogue et la mise en œuvre de dispositifs spécifiques visant à agir sur cette situation.

Le théâtre, une pratique contestataire et d'éducation subversive

Dans deux associations, aidantes et usagères ont choisi de mettre en scène par le théâtre les situations qu'elles jugeaient injustes. Tandis que les usagères prennent difficilement la parole au sein des plateformes d'échange sur le VIH, elles s'associent aux aidantes afin de mettre en scène par des saynètes de théâtre les souffrances qu'elles traversent depuis le diagnostic de séropositivité². Leur parcours d'installation en France et l'accompagnement institutionnel dont elles bénéficient font l'objet de saynètes imaginées, écrites et jouées par elles-mêmes à partir de leur vécu, en s'inspirant du « théâtre de l'opprimé » (Boal, 2007). La fonction du « théâtre de l'opprimé » est subversive ; il s'agit de donner la parole aux « groupes d'opprimés » afin qu'ils dénoncent leur réalité sociale et recherchent des solutions concrètes aux problèmes identifiés. En ce sens une saynète, portant sur l'accueil des étranger.e.s en préfecture et les démarches de régularisation, est jouée depuis près de trois ans par les femmes d'une association.

2 Notons que les femmes sont masquées lorsqu'elles montent sur scène, ce qui permet aux usagères de surmonter la crainte de la stigmatisation.

Le tableau présenté incarne une nuit d'attente devant la préfecture. On observe un groupe de femmes s'installer devant la préfecture pour y passer la nuit, le soir précédant leur rendez-vous. Une voix *off* décrit la scène à mesure que les femmes l'interprètent, présentant au public un à un les objets qu'elles emportent dans leur sac Tati afin de passer la nuit sur place et les difficultés, tensions et solidarités auxquelles donne lieu cette attente. Tandis que les femmes montent une à une sur scène, la voix *off* conte les histoires d'Anna et de Fanny avant de conclure sur la situation générale des étrangèr.e.s malades en France. En voici un extrait :

Anna se lance et reprend le fil de sa vie depuis son arrivée en France en 2002. « Ce sac-là (montrant le sac du magasin Tati), on l'appelle le sac "L'immigration ne m'a pas réussi !" C'est le sens qu'il a entre nous. Le signe qu'on n'a pas été bien loin sur les questions liées à l'immigration. Moi, lorsque je suis obligée de renouveler mes papiers, j'y mets tout ce qu'il me faut pour passer la nuit devant la préfecture : un petit siège pliant, une doudoune, des cartons, une bouteille thermos, mes antirétroviraux, des culottes de rechange... Parce qu'à la préfecture de X les étrangers n'ont jamais été reçus comme des citoyens à part entière, mais ces dernières années cela devient vraiment difficile. La préfecture ouvre à 8 h 45 et il faut faire la queue très tôt. Au début, je me mettais dans la file vers 4 heures du matin, mais il y avait déjà des gens ! Alors je suis revenue en fin d'après-midi, vers 16 heures, pour être certaine d'entrer le lendemain matin. Mais quand j'arrive le soir, je me demande souvent si je dois prendre mes médicaments ou non : si je les prends, je risque de rencontrer quelques désagréments et les toilettes publiques ne sont pas à côté... du coup si je dois sortir de la file d'attente, je perds ma place. Du coup, entre malades on s'entraide, le premier fait une liste avec le nom des suivants et chacun garde la place de l'autre. Sans parler du fait que, compte tenu de son état de santé et de la prise importante de médicaments, chacun peut imaginer que la station debout n'est pas supportable longtemps. Les neuropathies repartent de plus belle, le film de ma vie défile dans ma tête, les douleurs et brûlures sont atroces. Je me demande ce que je fais là et si je ne reste pas là, dans cette satanée file d'attente, je n'aurai aucune chance de pouvoir continuer à être prise en charge en France... » [...] Les conditions d'accueil sont de plus en plus difficiles. On a le sentiment que l'humain n'est pas au centre des préoccupations. Cet état de mal-être global accentué par la maladie semble à chaque fois humiliant. Ce n'est pas une vue de l'esprit que de dire que la situation se dégrade... Pourquoi, en 2012, est-il nécessaire de fournir un certificat médical à chaque renouvellement de carte de séjour, alors que tout le monde sait qu'on ne guérit pas du sida ?

À chaque représentation, le jeu silencieux des actrices assorti des commentaires de la voix *off*, qui touchent sciemment la sensibilité humanitaire du public, créent une atmosphère de malaise et suscitent de longs débats autour de l'accueil des immigré.e.s. La dimension contestataire de

la saynète a d'ailleurs généré sa censure par les organisateurs d'un événement destiné aux élus locaux.

Une dizaine de saynètes du même type ont été mises en scène. Elles sont jouées à diverses occasions et touchent différents types de publics. Lorsque des politiques et des professionnel.le.s de santé et de l'action sociale se trouvent dans le public, les femmes espèrent que les saynètes les amènent à prendre conscience de la souffrance générée par certaines pratiques institutionnelles.

C'est ainsi qu'elles ont créé une saynète présentant la visite d'un assistant social au domicile d'une femme – Mayika – et de sa fillette, toutes deux séropositives au VIH. Cette visite a pour objectif l'évaluation des besoins de la famille et la mise en place d'un accompagnement à domicile. Lorsque l'assistant social s'aperçoit que la mère et sa fille sont séropositives au VIH, il panique en expliquant à Mayika qu'il a « une équipe à protéger » et que sa fille pourrait « contaminer » d'autres enfants en jouant à l'école avec eux. Mayika lui explique alors que le VIH n'est pas contagieux et une discussion s'ensuit autour des réalités de la maladie que l'assistant social connaît mal. Il termine en demandant à Mayika d'organiser une réunion d'information sur le VIH auprès de son équipe. Cette saynète, conçue pour dénoncer les pratiques de certaines équipes sociales, transmet en parallèle un message de « bonnes pratiques » et a été écrite pour un public d'étudiant.e.s au travail social. Ces saynètes nées de la contestation constituent finalement une forme de sensibilisation des futurs travailleurs sociaux à l'accompagnement de personnes vivant avec le VIH.

Ainsi, la lutte contre le VIH ouvre aux femmes d'Afrique subsaharienne l'accès à un ensemble de plateformes publiques au sein desquelles elles peuvent contester le portrait de la « femme africaine vulnérable » et dénoncer, de manière plus globale, le traitement sociopolitique des étranger.e.s en France.

Des capacités d'agir bridées ?

Néanmoins, leur position minoritaire dans l'ordre social – en tant que femmes et immigrées – ainsi que la fragilité du tissu associatif qu'elles portent brident le déploiement de leurs capacités d'agir au-delà de l'espace du VIH.

Les rapports sociaux de genre comme freins à l'expression publique

L'investissement au sein des associations de lutte contre le VIH brouille les frontières du genre. Si l'engagement dans le secteur associatif du soin

s'inscrit bien dans les « sphères d'action des femmes » (De Barbieri, 1991), l'évocation dans l'espace public par les femmes de questions ayant trait à la sexualité – deux univers perçus comme masculins (Andro et Desgrées du Loû, 2009) – les place dans un rapport déviant aux normes de genre, exacerbé par l'objet stigmatisant de leur mobilisation – le VIH. Face aux sanctions sociales auxquelles l'engagement dans la lutte contre le VIH les expose, les femmes sont contraintes de faire des sacrifices.

Les usagères associatives refusent pour la plupart d'apparaître publiquement comme membres des associations VIH, comme nous l'avons souligné précédemment. Pour les aidantes elles-mêmes séropositives, représenter les intérêts des « femmes migrantes » dans l'épidémie entre parfois en compétition avec les intérêts de leurs enfants, en particulier lorsqu'il s'agit de témoigner publiquement. Si les aidantes associatives assument les risques de stigmatisation pour elles-mêmes, le fait d'exposer leurs enfants à la stigmatisation questionne leurs responsabilités maternelles, comme le souligne Claire D., militante depuis près de quinze ans, aujourd'hui mère d'une adolescente « qui ne veut plus entendre parler » du VIH.

L'année dernière, il y a eu une grande activité autour de la mobilisation des femmes et on m'avait contactée pour un témoignage à visage découvert surtout que j'étais enceinte, c'était vraiment une avancée pour la séropositivité aujourd'hui. Mais elle [sa fille] m'a dit que « non », elle ne peut pas. J'ai compris aussi qu'elle a encore besoin que je la protège.

Les femmes séropositives engagées dans la lutte contre le VIH sont partagées entre le besoin de préserver leurs enfants du poids du VIH et l'importance de témoigner de leur expérience de la maladie. Hortense W. négocie en ce sens avec ses enfants les modalités de son engagement militant.

Je l'affiche de manière un peu neutre parce que l'ensemble des enfants ne sont pas d'accord de me voir sur les plateaux télé, des trucs comme ça. Donc, je dois respecter ça... Pour faire avancer les choses, de manière individuelle ou communautaire, il faut quand même des personnes engagées, des personnes touchées qui puissent parler parce que c'est une épidémie qui n'est pas pareille que les autres, donc les gens ont des choses, mais vraiment très importantes et très profondes à dire ! Donc ça, c'est très difficile !

Si l'intérêt de leurs enfants amène les femmes séropositives à procéder à un certain nombre d'ajustements dans leur participation, elles affirment que leur engagement associatif n'a pas d'impact sur leur vie de couple. Cependant, on remarque que, parmi les treize aidantes séropositives rencontrées, sept sont à ce jour célibataires et une femme cinquantenaire se présente comme jeune mariée, le célibat ayant constitué l'essentiel de sa trajectoire matrimoniale. De la même manière, parmi les dix aidantes séronégatives rencontrées, au moins six femmes se déclara-

raient célibataires au moment de l'enquête. Bien qu'il soit difficile d'expliquer clairement les causes de ce célibat, deux hypothèses peuvent se superposer. D'une part, la vie de couple et la parentalité limitent la disponibilité des femmes en particulier pour des engagements de long terme (Jacquemart, 2013). D'autre part, les femmes vivant avec le VIH rencontrent des difficultés pour se (re)mettre en couple suite au diagnostic de séropositivité (Pourette, 2008). La part de l'engagement associatif dans la cause du VIH est donc difficile à identifier parmi les causes du célibat des femmes rencontrées. Néanmoins, lorsqu'elles sont mariées ou en union, le maintien de leur engagement associatif dans la durée suppose le soutien de leur conjoint. Dans le cas inverse, ce type d'engagement peut mener à une rupture de la vie conjugale comme cela a été le cas pour Irène K. Cette femme séronégative était mariée lorsqu'elle a fondé une association de lutte contre le VIH. Elle a ensuite été sollicitée, du fait de cet engagement, pour intégrer le conseil municipal de sa commune. Ce double engagement associatif et politique dans le domaine du VIH a causé son divorce.

La fragilité du tissu associatif, une limite structurelle de l'agir

La portée de l'agir des femmes au-delà du monde du VIH est également limitée par la fragilité du tissu associatif qu'elles portent face aux institutions.

Rappelons d'abord que ce qui permet aux aidantes associatives de gagner la reconnaissance dont elles jouissent au sein de l'espace du VIH, c'est notamment leur intervention aux côtés des équipes hospitalières. Or ces interventions répondent principalement aux déficits du système de prise en charge institutionnelle. Tandis que leurs rôles sont mal définis à l'hôpital, il n'est pas toujours attendu des aidantes associatives qu'elles contribuent de façon innovante à ces accompagnements, encore moins qu'elles se positionnent de manière critique dans cet espace de prise en charge. Lorsqu'elles manifestent leur désaccord ou dénoncent des pratiques qui vont à l'encontre de l'intérêt des patientes, elles peuvent être accusées de « parasiter » le travail des équipes hospitalières et sont alors renvoyées à leur identité de « femmes africaines » et à leur statut de personne vivant avec le VIH ; caractéristiques qui limiteraient leur possibilité objective de répondre aux attentes des équipes hospitalières.

Ajoutons à cela que les aidantes sont soit des bénévoles, soit des salariées associatives. Lorsqu'elles sont salariées, leur embauche repose sur un cadre indéterminé et les conditions de leur recrutement sont précaires : contrats à durée déterminée qui dépendent d'appels à projets ou relèvent de contrats aidés, faible salaire *versus* attente de polyvalence et de flexibi-

lité. En effet, les fonctions des aidantes associatives manquent de définition claire. Ce qui se traduit souvent du côté de la hiérarchie associative, comme lors des interventions à l'hôpital, par des attentes de polyvalence qui les surchargent. Certaines d'entre elles se décrivaient lors de nos rencontres comme des « bouche-trous » au service de tous, mais dont les possibilités d'initiatives restaient fortement soumises à l'approbation de la hiérarchie. La position particulière des aidantes entre structures associatives et institutions hospitalières les expose à une double hiérarchie ; liens de subordination en partie occultés parce que l'embauche des aidantes associatives se situe au carrefour du salariat et du bénévolat.

Les structures associatives sont ainsi des espaces disposant de peu de moyens au sein desquels des personnes en situation précaire sont appelées à gérer des situations complexes. Cet engagement associatif, qui leur permet d'accéder à des espaces au sein desquels elles peuvent dénoncer les injustices vécues et mobiliser leurs capacités d'agir, produit en parallèle de nouvelles situations de vulnérabilité : les aidantes associatives occupent face aux équipes hospitalières une position minoritaire qui favorise leur instrumentalisation.

Les acteurs du VIH attendent beaucoup des aidantes ; néanmoins, les carrières associatives ainsi que le tissu associatif qu'elles portent sont fragiles et fragilisés par la faiblesse de leurs ressources humaines et économiques. Le fonctionnement de la plupart des collectifs repose sur les épaules d'une ou de quelques aidantes qui doivent tout à la fois gérer les activités de terrain et les tâches administratives, dans un contexte où se multiplient les exigences des organismes financeurs.

Conclusion

Ce chapitre se situe du point de vue des femmes et explore la manière dont elles s'opposent au portrait politique, soi-disant protecteur, de la femme d'Afrique subsaharienne « vulnérable » dressé d'elles par les institutions. Les associations communautaires de lutte contre le VIH apparaissent en ce sens comme des lieux au sein desquels ces femmes reconstruisent leurs capacités d'agir. Notons en effet que l'engagement associatif dans cette cause leur permet d'accéder à des espaces, difficiles d'accès pour d'autres catégories d'immigré.e.s ; espaces au sein desquels elles peuvent faire entendre leur voix, une voix différente de celle attendue des femmes d'Afrique subsaharienne dans l'espace public. Néanmoins, le déploiement de leurs capacités d'agir reste bridé au-delà du monde du VIH par la position minoritaire que ces femmes – et les associations qu'elles portent – occupent dans l'ordre social.

Bibliographie

- ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A., 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés », *Autrepart*, 52, 4, p. 3-12.
- BOAL A., 2007, *Théâtre de l'opprimé*, traduit par D. Lémann, La Découverte, Paris.
- CALVEZ M., 1994, « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité », *Sciences sociales et santé*, 12, 1, p. 61-88.
- DE BARBIERI T., 1991, « Los ámbitos de acción de las mujeres », *Revista Mexicana de Sociología* [en ligne], 53.
- DEEPIKHA, 2010, « Le féminisme dans/et le postcolonialisme », in Christine VERSCHUUR (dir.), *Genre, postcolonialisme et diversité des mouvements de femmes*, L'Harmattan, Paris/Institut de hautes études internationales et du développement, Genève, p. 27-54.
- DESGRÉES DU LOÛ A., 2014, « Conjugalité en Afrique. Au-delà de la sexualité, les leçons d'une épidémie », *Études*, 2, p. 21-31.
- FASSIN D., 2001, « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida », *L'Homme*, p. 137-162.
- FOUCAULT M., 1999, « Subjectivité et vérité », in *Dits et écrits : 1954-1988. 4 : 1980-1988*, Paris, Gallimard, p. 213-218.
- GERBIER-AUBLANC M., 2016, « Du *care* à l'*agency* : l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France », thèse de doctorat en sociologie, Paris-Descartes, 505 p.
- JACQUEMART A., 2013, « Engagement militant », in ACHIN C., BERENI L. (dir.), *Dictionnaire genre & science politique : concepts, objets, problèmes*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, p. 215-226.
- LYDIÉ N., 2008, « Les femmes africaines face au VIH/Sida. Perception et gestion du risque », *Médecine/Santé*, 24.
- MAHMOOD S., 2009, *Politique de la piété : le féminisme à l'épreuve du renouveau islamique*, La Découverte, Paris.
- MUSO S., 2011, « Chapitre 17 : les femmes séropositives originaires d'Afrique subsaharienne en France : les ambivalences d'une visibilité émergente », in DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), *Les Femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida », Paris, p. 223-246.
- MUSO S., 2005, « Le cinquième "H" : de la question des femmes dans l'épidémie à celle des femmes issues de l'immigration en France », *Femme, immigration et VIH dans le monde. Une approche anthropologique*, Actes de la table ronde organisée le 20 novembre 2004 à l'Unesco, Paris.
- NGUYEN V.-K., 2010, *The Republic of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Duke University Press, Durham.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008, *La Rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Academia-Bruylant (Anthropologie prospective), Louvain-la-Neuve, 365 p.

PINELL P., 2002, *Une épidémie politique : la lutte contre le SIDA en France, 1981-1996*, Presses universitaires de France (Science, histoire et société), Paris, 415 p.

POURETTE D., 2013, « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle clé de la relation médecin-patient », *Santé publique*, 25, 5, p. 561-570.

POURETTE D., 2010, « Maternité et sexualité des femmes africaines vivant avec le VIH/sida en France : préjugés et expériences », *L'Autre : cliniques, cultures et sociétés*, 11, p. 301-311.

POURETTE D., 2008, « Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France », *Médecine/Santé*, 24, p. 184-192.

SAYAD A., 1991, *L'Immigration ou les paradoxes de l'altérité*, De Boeck université (L'Homme, l'étranger), Bruxelles, 331 p.

SHOHAT E., 1995, « The struggle over representation : castings, coalitions, and the politics of identification », in DE LA CAMPA R., KAPLAN E.A., SPRINKER M. (dir.), *Late Imperial Culture*, Verso, Londres/ New York, p. 166-178.

SPIVAK G.C., 1999, *A Critique of Postcolonial Reason. Toward a History of The Vanishing Present*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 449 p.

SPIVAK G.C., 1988, « Can the subaltern speak ? », in NELSON C., GROSSBERG L. (dir.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press, Chicago, p. 271-313.

Quatrième partie

« *Et la santé on dit quoi* » ?

« L'argent est bon mais la santé est meilleure. »

Proverbe ivoirien.

Santé, besoins de prévention et de soins

Andrainolo Ravalihasy, France Lert et Nicolas Vignier

Les associations humanitaires alertent régulièrement sur les effets délétères sur la santé des conditions de vie des migrants (Chappuis, Tomasino et Didier, 2016 ; Comede, 2016). Elles rendent compte le plus souvent de prises en charge qui se situent tôt dans le parcours des migrants ou parmi ceux dont les droits sociaux ou la situation administrative restent très précaires. Pour les immigrés installés, qui consultent dans le système de soins « classique », la description de l'état de santé reste lacunaire. Lorsque l'intérêt porte sur des populations immigrées particulières, les échantillons qui les concernent dans les grandes enquêtes sont souvent trop petits pour mener des analyses statistiques spécifiques. Cependant, les études qui existent fournissent des résultats contrastés sur l'existence d'un éventuel risque accru pour les immigrés, qu'il s'agisse d'études sur la mortalité, la fréquence de certaines pathologies ou d'indicateurs de santé. Certaines soulignent l'effet de sélection des émigrés par la santé, car ce sont les personnes en bonne santé qui entreprendraient davantage de migrer (« *healthy migrant effect* » (Moullan et Jusot, 2014). Cette sélection par la santé des personnes qui entreprennent d'émigrer peut varier selon les périodes avec par exemple une sélection plus accentuée pour les immigrations de travail. À l'autre extrême du parcours migratoire, les personnes malades ou âgées peuvent préférer rentrer dans leur pays d'origine, sous-estimant ainsi la fréquence de la maladie, des incapacités et de la mortalité parmi les immigrés engendrant un « *salmon bias* » (Attias-Donfut, Wolff et Tessier, 2005). D'un autre côté, certaines analyses mettent en évidence une détérioration de l'état de santé des immigrés avec les années d'immigration en France (Hamel et Moisy, 2012).

Si la santé peut être représentée par des indicateurs synthétiques comme l'état de santé perçu ou la présence de limitations chroniques dans les activités de la vie quotidienne, le tableau épidémiologique des pathologies est plus difficile à établir étant donné la diversité des populations tant du point de vue génétique que des habitudes de vie ou des pathologies plus ou moins fréquentes dans le pays d'origine.

L'immense diversité des migrations explique la difficulté, voire l'impossibilité, de dresser un tableau de la santé précis et exhaustif des immigrés et leur place sur le gradient des inégalités de santé. Cette difficulté est d'autant plus grande que les enquêtes de santé en population générale distinguent rarement les immigrés, parfois les étrangers, et ne donnent pas d'information précise sur leurs pays de naissance ou les repères temporels de la migration essentiels que sont l'âge à la migration et son ancienneté. C'est en particulier le cas en France où ces informations ont été jusqu'à récemment considérées comme « sensibles » du point de vue politique ou devant s'effacer devant la position sociale. Cependant, cette situation change progressivement et certains systèmes de surveillance de la santé recueillent désormais – toujours avec prudence – des informations telles que la nationalité (le Baromètre santé depuis 2010), le pays de naissance (la déclaration obligatoire du VIH) ou plus rarement la nationalité à la naissance (enquête ANRS-Vespa). Ce sont surtout les travaux de recherches sur certaines populations immigrées ou centrés sur certaines thématiques qui tiennent compte de la trajectoire migratoire, telle l'enquête Trajectoires et Origines qui comporte des variables de santé déclarées (Hamel et Moisy, 2012), ou des enquêtes ciblées telle l'étude auprès des populations africaines sur les connaissances, les pratiques de prévention et les comportements sexuels menée par l'Inpes (Lydié, 2007).

Dans le groupe de référence de l'enquête Parcours, nous avons collecté des informations sur les motifs de consultation et les pathologies en cours chez des personnes venues en consultation de médecine générale, soit dans des centres de santé du système classique, soit dans des centres d'accueil pour personnes en grande précarité qui délivrent des soins et une aide à l'obtention des droits. Nous pouvons donc comparer entre ces deux groupes les besoins de santé qui ont entraîné la consultation, ainsi que les pathologies en cours, afin de voir si le tableau de la santé des immigrés subsahariens qui sont accueillis dans les structures d'aide aux plus précaires est très spécifique. Ces informations recueillies sur la santé dans le groupe de référence apportent des touches supplémentaires à un tableau encore à construire de la santé des populations subsahariennes en France. Pour quels troubles cherchent-ils des soins ? Comment sont-ils exposés aux facteurs de risque qui constituent aujourd'hui les déterminants majeurs de la santé : le tabac, l'alcool, les déséquilibres alimentaires ? Certains sont-ils plus exposés que d'autres ?

***Centres de santé généralistes
et centres pour l'accès aux soins et aux droits :
des publics différents, mais des besoins
de santé (presque) similaires***

Les participants de l'enquête Parcours ont été recrutés en Île-de-France à l'occasion d'une consultation de médecine générale dans un centre de santé pour sept sur dix d'entre eux et pour les autres dans un centre accueillant des personnes sans couverture maladie ou sans droits (qui seront nommés dans la suite du chapitre centres pour l'accès à la santé). Ces centres regroupent des PASS (permanences d'accès aux soins de santé institués par la loi de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998) implantées dans les hôpitaux publics, un centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde et le centre de santé du Comité pour la santé des exilés (Comede). Ces structures reçoivent une grande partie d'étrangers sans droit au séjour établi ou dans une situation sociale précaire, en particulier quant à la couverture maladie. Les centres de santé, quant à eux, sont municipaux, associatifs ou privés. Ils ont vocation à offrir une gamme de soins et de services de santé sans dépassement d'honoraires et pratiquent le plus souvent le tiers payant, ce qui en facilite l'accès. La démographie des consultants y reflète le contexte géographique du lieu d'implantation, mais les catégories sociales supérieures y sont sans doute moins représentées que dans les cabinets privés de médecine de ville comme le montre l'étude Epidaure-CDS réalisée auprès d'une vingtaine de centres de santé polyvalents en France, principalement municipaux (Afrite *et al.*, 2011).

Les caractéristiques des participants à l'enquête Parcours diffèrent logiquement selon le type de centres (tableau 1). Parmi les hommes, ceux des centres pour l'accès aux soins sont plus jeunes, arrivés en France plus récemment (64 % depuis 2010 contre 16 % des consultants des centres de santé). Près de la moitié n'a pas de couverture maladie (vs à peine un peu plus de 5 % dans les centres de santé) ; ils fréquentent la structure pour la première fois ou depuis moins d'un an (75 %) alors que ceux des centres de santé ont une ancienneté plus longue avec près d'un consultant sur deux (44 %) qui les consulte depuis au moins cinq ans. Chez les femmes, les mêmes différences sont observées, mais il n'y a pas de différence d'âge chez elles entre les deux types de centres. On observe cependant qu'un quart des consultants hommes comme femmes continuent à fréquenter les centres d'accès aux soins plus d'un an, témoignant de difficultés à franchir les barrières administratives, financières ou sociales pour entrer dans le système de soins général.

Tableau 1. Caractéristiques des participants selon le type de centre :
centres pour l'accès aux soins et aux droits et centres de santé

	Hommes				Femmes			
	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p
	(N = 356)	(N = 119)	(N = 237)		(N = 407)	(N = 99)	(N = 308)	
Âge à l'enquête								
18-34 ans	32 %	51 %	28 %	***	34 %	39 %	33 %	n.s.
35-44 ans	28 %	31 %	27 %		25 %	27 %	25 %	
45-59 ans	40 %	18 %	45 %		41 %	34 %	42 %	
Période d'arrivée								
Avant 1996	33 %	7 %	40 %	***	37 %	4 %	41 %	***
1996-2004	27 %	14 %	30 %		30 %	12 %	32 %	
2005-2009	14 %	14 %	14 %		15 %	16 %	15 %	
2010-2013	26 %	65 %	16 %		18 %	68 %	12 %	

Ancienneté du suivi dans le centre

Pour la première fois	17 %	28 %	14 %	**	10 %	28 %	8 %	***
Depuis moins d'un an	26 %	47 %	20 %		20 %	47 %	17 %	
Depuis 1 à 5 ans	20 %	16 %	22 %		30 %	20 %	32 %	
Depuis plus de 5 ans	37 %	9 %	44 %		40 %	5 %	44 %	

Type de couverture maladie

Assurance maladie	55 %	16 %	65 %	***	64 %	12 %	70 %	***
CMU	20 %	19 %	20 %		23 %	23 %	23 %	
AME	11 %	19 %	9 %		6 %	14 %	5 %	
Pas de couverture maladie	14 %	47 %	6 %		7 %	51 %	2 %	

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Note : CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

Lecture : parmi les hommes recrutés dans des centres d'accès aux soins et aux droits, 28 % venaient pour la première fois vs 14 % dans les centres de santé.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 2. Motifs de consultation des hommes et des femmes
du groupe de référence selon le type de centre

	Hommes			Femmes		
	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé
	(N = 356)	(N = 119)	(N = 237)	(N = 407)	(N = 99)	(N = 308)
Pathologies aiguës	34 %	24 %	36 %	32 %	39 %	31 %
Maladies chroniques	31 %	39 %	29 %	25 %	35 %	24 %
Traumatisme	4 %	3 %	5 %	4 %	2 %	4 %
Motifs gynécologiques	–	–	–	8 %	5 %	8 %
Examen systématique	14 %	28 %	11 %	16 %	17 %	15 %
Demande de certificat	6 %	10 %	5 %	5 %	6 %	4 %
Vaccination	2 %	0 %	3 %	1 %	0 %	1 %
Autre	13 %	13 %	13 %	12 %	9 %	13 %

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 35 % des femmes consultant dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits ont eu pour motif de consultation des maladies chroniques.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Ces différences entre types de structures sont en cohérence avec les objectifs des centres pour l'accès aux soins qui, parallèlement à la réponse médicale immédiate aux besoins de santé, mettent en place les démarches d'accès à l'assurance maladie (Aide médicale d'État, AME, pour les étrangers sans papiers, régime général ou Couverture maladie universelle, CMU, pour les autres). Dès que l'ouverture de droit est effective, le consultant peut être orienté vers les structures de droit commun pour la suite de sa prise en charge. C'est d'ailleurs ce que souligne l'accès rapide à l'assurance maladie pour une grande majorité (chapitre 4).

Les motifs de consultation regroupés en grandes catégories par le médecin mettent au premier rang les pathologies aiguës pour près d'un tiers, suivies des maladies chroniques pour un peu plus d'un quart, avec peu de différences entre hommes et femmes (tableau 2). Ils ne diffèrent pas entre les deux types de centres. Il est intéressant de noter que les bilans de santé concernent environ 15 % des consultants, indiquant que l'approche de médecine préventive est bien présente dans cette population dont une grande part est encore fragilisée par l'adversité de la migration. Cette proportion est similaire à ce qui est observé en population générale dans une étude nationale utilisant les mêmes modes de recueil (Grimaldi-Bensouda *et al.*, 2011).

Trois pour cent des participants avaient un antécédent de tuberculose (13 hommes et 8 femmes) ou une tuberculose en cours (1 femme) sans différence entre les types de structure ou l'ancienneté de suivi dans la structure. Ce résultat rejoint les résultats de la surveillance épidémiologique qui mettent en évidence le risque beaucoup plus élevé de tuberculose pour les étrangers arrivés depuis moins de deux ans et les personnes nées en Afrique subsaharienne (Aït Belghiti et Antoine, 2015).

Lors de la consultation, le médecin rapportait dans le questionnaire médical les pathologies présentes chez les consultants, qu'elles aient été ou non en jeu dans la consultation du jour ; cette information permet de décrire la prévalence des troubles les plus fréquents par grandes catégories (tableau 3).

Par ordre d'importance, l'hypertension est la première pathologie représentée, ce qui concerne, regroupée avec les maladies cardiovasculaires et métaboliques, 27 % des hommes et 31 % des femmes. Le deuxième ensemble de troubles les plus fréquents (15 % des consultants) est constitué des troubles musculo-squelettiques, troubles qui affectent les membres ou la colonne vertébrale. Cette fréquence peut être rapprochée des emplois occupés, peu qualifiés, qui ont une charge physique élevée (*cf.* chapitre 2) et aussi du surpoids très fréquent dans cette population (*cf. infra*). En troisième position viennent les affections respiratoires chroniques (asthme, rhinites allergiques et bronchopneumopathie chronique obstructive : 8 % des hommes et 9 % des femmes). Les prévalences de ces différents grands groupes de pathologies ne diffèrent pas selon le type de centre.

Tableau 3. Pathologies présentes chez les hommes et les femmes du groupe de référence selon le type de centre

	Hommes				Femmes			
	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p
	(N = 356)	(N = 119)	(N = 237)		(N = 407)	(N = 99)	(N = 308)	
Maladies cardiovasculaires et métaboliques								
Au moins une affection cardiovasculaire ou métabolique	27 %	23 %	28 %	n.s.	31 %	37 %	31 %	n.s.
HTA	18 %	18 %	18 %	n.s.	20 %	22 %	20 %	n.s.
Diabète	7 %	8 %	7 %	n.s.	6 %	9 %	6 %	n.s.
Dyslipidémie	4 %	2 %	5 %	n.s.	1 %	4 %	1 %	n.s.
Surpoids/obésité	9 %	6 %	10 %	n.s.	16 %	18 %	15 %	n.s.
Troubles musculo-squelettiques								
Troubles musculo- squelettiques	14 %	15 %	14 %	n.s.	16 %	13 %	16 %	n.s.
Maladies respiratoires								
Asthme et rhinite allergique	7 %	3 %	8 %	n.s.	9 %	4 %	10 %	n.s.
Bronchite chronique	1 %	2 %	0 %	n.s.	0 %	0 %	0 %	n.s.
Infections des voies respiratoires	6 %	3 %	6 %	n.s.	2 %	6 %	2 %	n.s.

Troubles psychologiques/Affections psychiatriques								
Ensemble des personnes présentant ces affections	10 %	29 %	5 %	*	7 %	26 %	5 %	***
Troubles anxieux/ dépressifs	8 %	19 %	5 %	*	6 %	16 %	5 %	***
Troubles du sommeil	4 %	17 %	1 %	***	3 %	13 %	2 %	**
Traité pour au moins un trouble d'ordre psychologique	6 %	14 %	4 %	*	3 %	7 %	2 %	n.s.
Autres pathologies								
Endocriniennes	1 %	0 %	1 %	n.s.	3 %	4 %	3 %	n.s.
Génito-urinaires	4 %	5 %	4 %	n.s.	5 %	14 %	4 %	*
Dermatologiques	2 %	7 %	1 %	*	2 %	3 %	2 %	n.s.
Hématologiques	1 %	0 %	1 %	n.s.	5 %	14 %	4 %	**
Oncologiques	0 %	0 %	0 %	n.s.	0 %	1 %	0 %	n.s.
Céphalées/migraines	0 %	1 %	0 %	n.s.	1 %	4 %	1 %	n.s.

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 18 % des hommes consultant dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits présentent une hypertension artérielle sans différence selon le type de centre.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Huit pour cent des consultants présentent des troubles psychologiques (troubles anxio-dépressifs ou troubles du sommeil), un consultant sur deux étant traité pour ces troubles. Ils sont nettement plus fréquents parmi les personnes recrutées dans les centres pour l'accès aux soins et ceci tant chez les hommes que chez les femmes : 29 % et 25 % respectivement contre 5 % parmi les consultants des deux sexes des centres de santé. La déclaration du médecin ici est corroborée par le résultat du score d'anxiété-dépression obtenu par la passation directement auprès du participant d'une échelle de santé mentale (PHQ4, *cf.* chapitre 13), montrant un état psychologique beaucoup plus dégradé parmi les consultants des centres d'accès aux soins : ce score est environ 2,5 fois plus élevé chez les consultants des centres pour l'accès aux soins tant chez les hommes que chez les femmes.

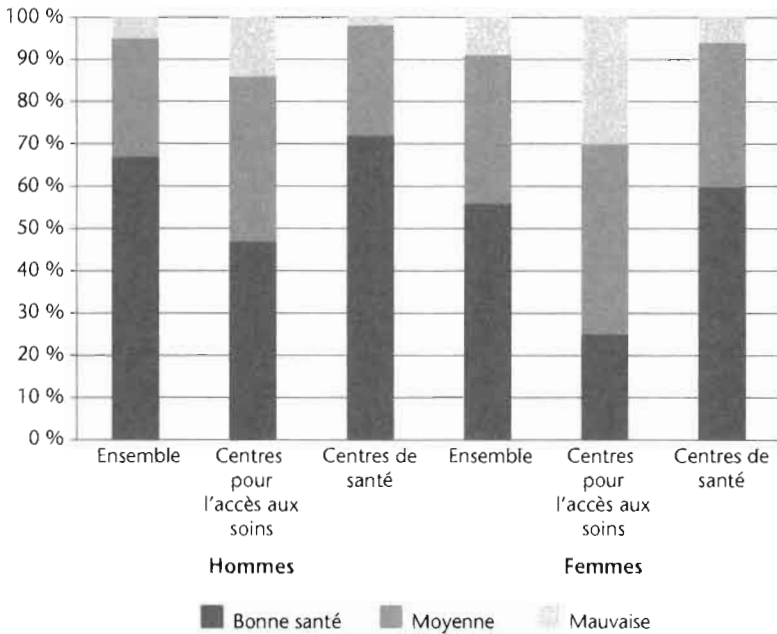
Les autres grandes catégories d'affections représentent chacune moins de 5 %.

La comparaison des niveaux de prévalence est difficile avec la population générale en France, faute de données disponibles avec les mêmes conditions de recueil, les mêmes regroupements en grandes catégories et sur une population du même âge (en effet, les résultats des enquêtes en médecine générale sont souvent présentés sans limite d'âge et donc incluent des populations âgées avec une fréquence et une distribution des pathologies différentes, alors que Parcours porte sur la tranche d'âge 18-59 ans). Cependant, l'intérêt de ces résultats est de montrer que les pathologies chroniques courantes sont bien des motifs importants de recours aux soins des immigrés d'Afrique subsaharienne et de souligner la nécessité d'un accès rapide à l'offre de soins pour des troubles qui requièrent des prises en charge médicalisées et au long cours.

L'autoévaluation de leur état de santé par les participants, indicateur classiquement utilisé comme indicateur de santé global, met en évidence une situation plus difficile chez les consultants des centres d'accès aux soins que chez ceux des centres de santé, hommes et femmes : ainsi 14 % *vs* 3 % chez les hommes et 30 % *vs* 7 % chez les femmes déclarent une mauvaise santé (figure 1). Avec des motifs de recours similaires dans les deux types de structure, cette perception très dégradée peut être vue comme une plus grande sévérité des troubles lors de la consultation ou une plus grande détresse psychologique dans la période qui suit l'arrivée où beaucoup d'entre eux sont encore dans une phase d'insécurité sur tous les plans (*cf.* chapitre 1).

Étant donné que l'inclusion s'est déroulée à l'occasion d'une consultation médicale, elle concerne des personnes qui sont venues consulter pour un problème de santé aigu ou chronique, ce qui tend à surestimer la fréquence des différents problèmes de santé et d'une perception de la santé dégradée. Des proportions similaires ont été observées dans l'enquête Epidaure-CDS, où 36 % des consultants en centre de santé, quelle que soit

FIGURE 1. Perception de la santé selon le type de centre



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 14 % des hommes déclarent une mauvaise santé dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits vs 3 % dans les centres de santé.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

leur origine, déclaraient un état de santé moyen et 10 % un état de santé mauvais ou très mauvais, soit 46 %, alors que cette proportion était de 29 % en population générale (Afrite *et al.*, 2011).

Les enquêtes en population qui comparent la perception de la santé selon la nationalité française ou étrangère ou le fait d'être ou non immigré montrent de façon constante une moins bonne santé perçue chez les étrangers ou les immigrés (Berchet et Jusot, 2009 ; Hamel et Moisy, 2016 ; Jusot *et al.*, 2009).

Besoins de prévention

Dans la grande diversité du champ de la prévention, les informations collectées portent sur le dépistage des deux infections chroniques qui sont au cœur de l'étude Parcours, l'infection VIH et l'hépatite B d'une part, et d'autre part sur les facteurs de risque majeurs de la morbidité et de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et de leur gradient social en France,

gradient sur lequel les immigrés se trouvent du côté des plus défavorisés : tabagisme, consommation d'alcool et surpoids/obésité.

Dépistage du VIH et de l'hépatite B

Le dépistage du VIH en population générale et sa répétition dans les populations les plus exposées sont recommandés en France comme dans les recommandations internationales (ministère de la Santé et des Sports, 2010 ; Morlat, 2013). Outre le bénéfice, pour la personne atteinte, de l'instauration du traitement, celui-ci, grâce à son effet préventif, peut avoir un effet collectif. Cette recommandation générale est encore plus nécessaire chez les immigrés d'Afrique subsaharienne qui viennent pour certains de pays où la prévalence est élevée et contribuent à une forte proportion des nouveaux cas en France. Certains immigrés sans se savoir infectés, et d'autres sont exposés à la transmission en France, en particulier dans les périodes d'insécurité administrative et de précarité sociale (cf. chapitre 5) et en raison de réseaux sexuels endogames (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013). Les données présentées dans le chapitre dépistage (cf. chapitre 7) indiquent que le premier dépistage après l'arrivée en France se produit dans un délai médian de deux ans et qu'un homme sur quatre ne fera un premier test qu'au bout de sept ans ou plus, une femme au bout de cinq ans ou plus. Quand il est réalisé, le dépistage l'est largement à la demande du médecin plutôt que spontané. Pourtant, cette attitude est loin d'être systématique et les occasions de dépistage (c'est-à-dire la proposition systématique à une personne appartenant à un groupe très exposé) ou de diagnostic (la proposition du test en présence d'un signe évoquant une possible infection VIH) ne manquent pas (Champenois *et al.*, 2013).

Que savent les médecins généralistes du statut sérologique des consultants ? Pour 17 %, ils ne documentent pas – et sans doute ne connaissent pas – leur situation vis-à-vis du dépistage tandis qu'une proportion équivalente des consultants n'avaient jamais fait de test selon le médecin (tableau 4). Parmi les deux tiers testés, la moitié l'avait été dans la dernière année. Les femmes ont été davantage et plus récemment testées que les hommes. La réalisation du test de dépistage dans les douze derniers mois est plus importante chez ceux qui fréquentent le centre depuis moins d'un an, ce qui suggère que le test est réalisé le plus souvent lors des premiers contacts et n'est pas répété ensuite ou ne sera pas proposé ensuite. Il existe donc une large marge d'amélioration en matière de dépistage en médecine générale, tant dans les centres d'accès aux soins que dans les centres de santé.

L'hépatite B est une infection plus répandue, mais objet de moins d'attention en raison de la vaccination qui devrait assurer la prévention et du caractère encore récent du traitement des hépatites chroniques actives grâce aux progrès thérapeutiques vers des traitements

Tableau 4. Date du dernier test VIH chez les hommes et les femmes

	Ensemble	Hommes	Femmes
Dans les 12 derniers mois	29 %	25 %	32 %
Il y a plus de 12 mois	36 %	34 %	38 %
Jamais testé	18 %	21 %	15 %
Non connue	17 %	20 %	15 %

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 25 % des hommes ont fait un test VIH dans les douze derniers mois.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

plus simples et mieux tolérés. La majorité des personnes infectées l'ignore en Afrique et en France, les immigrés porteurs d'une hépatite B ne sont diagnostiqués que tardivement (*cf.* chapitre 8). Le statut des consultants vis-à-vis du dépistage d'une infection acquise dans les pays de forte prévalence dans la petite enfance et vis-à-vis de la vaccination était renseigné par le médecin. Les femmes sont plus souvent connues comme testées que les hommes (61 % et 44 %) sans doute grâce au dépistage prénatal. Le médecin ignore plus souvent le statut de dépistage des hommes (43 % vs 30 % pour les femmes). Il n'y a pas de variation statistiquement significative selon l'ancienneté de l'arrivée en France. En ce qui concerne la vaccination, 29 % des hommes et 35 % des femmes sont vaccinés et pour 34 % et 31 % le médecin n'a pas d'information sur le statut vaccinal. La différence selon les périodes d'arrivée n'est pas significative, mais on observe que les personnes arrivées depuis 2010 sont encore moins vaccinées. La connaissance incomplète de la situation du consultant vis-à-vis de l'hépatite B par le médecin indique qu'il existe des marges de progrès importantes en ce qui concerne le dépistage pour l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite chronique et la possibilité d'étendre la vaccination chez des personnes indemnes au sein d'une population où la prévalence est élevée.

Des consommations basses de tabac et d'alcool et qui n'augmentent pas après l'immigration

Parmi les participants, environ un homme sur cinq fume, et en général fume régulièrement. Chez les femmes, le tabagisme est quasiment absent (figure 2). Ainsi les immigrés d'Afrique subsaharienne se situent très en dessous des chiffres du tabagisme de la population générale en France entre 45 % et 34 % des plus jeunes aux plus âgés chez les hommes et entre 33 % et 29 % chez les femmes (Guignard *et al.*, 2015). Malgré la diffusion du tabagisme en Afrique qui conquiert les populations en commençant par

les adolescents, le tabagisme y reste plus bas qu'en Europe. On y observe partout une très forte différence entre hommes et femmes, la prévalence chez celles-ci ne dépassant 5 % que dans quelques pays, alors que chez les hommes, elle varie au-dessus de 10 % et dépasse 20 % en Côte d'Ivoire, au Congo ou en RDC (WHO, 2016). L'adoption du tabagisme par les immigrés observée dans certains pays (Reiss, Lehnhardt et Razum, 2015) ne se produit pas, semble-t-il, chez les hommes originaires d'Afrique subsaharienne en France, comme l'indique l'absence d'association avec la région d'origine, l'âge à l'immigration ou son ancienneté. En revanche, chez les femmes, les rares femmes qui fument sont plutôt des femmes ayant immigré avant l'âge de 15 ans et des femmes jeunes (18-34 ans) et sans relation de couple.

Ainsi, l'arrivée des Africains en France majoritairement à l'âge adulte les protège du tabagisme et c'est principalement la diffusion en cours du tabagisme dans les nouvelles générations en Afrique qui pourrait modifier cette situation à l'avenir.

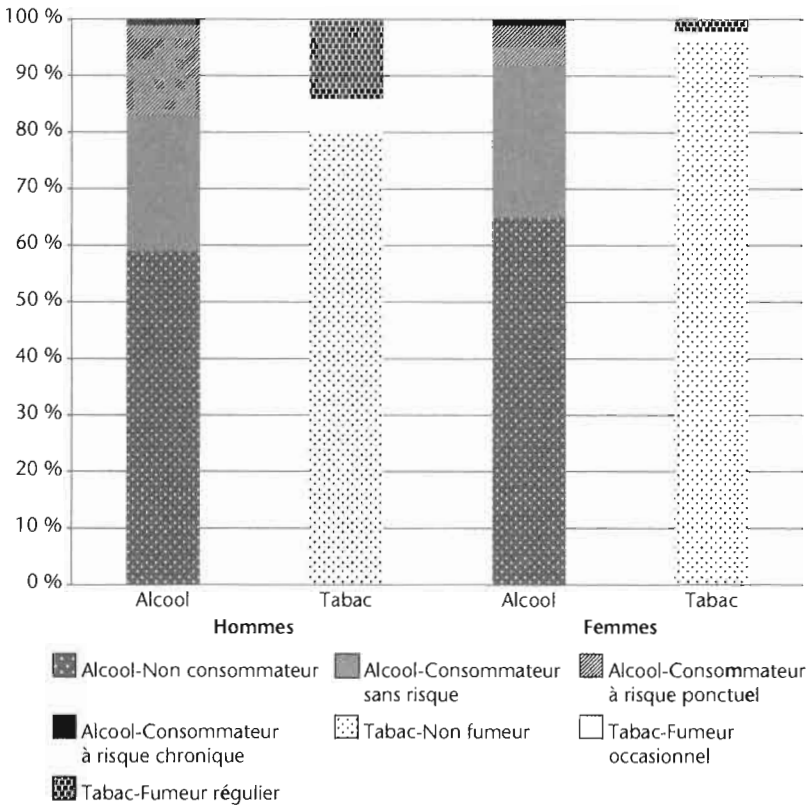
La consommation d'alcool est très faible en Afrique avec des pays dans lesquels l'abstinence est une règle quasi exclusive et des pays dans lesquels la consommation d'alcool concerne des proportions variables de la population et avec toujours, comme partout, des proportions plus basses chez les femmes (WHO, 2016). Selon leurs pays d'origine, les immigrés subsahariens en Europe passent donc d'un contexte d'abstinence ou de faible consommation à un pays où l'alcool est largement accepté avec des niveaux de consommation à risque particulièrement élevés comme c'est le cas en France (Ravalihasy *et al.*, 2016).

Dans l'enquête Parcours, la consommation d'alcool a été documentée avec le questionnaire standard de l'AUDIT-C¹ qui porte sur la quantité et la fréquence de la consommation et permet de catégoriser le risque. Les niveaux de consommation et de consommation à risque d'alcool sont inférieurs à ceux de la population générale française, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (Com-Ruelle et Célant, 2013) : globalement dans la population de référence enquêtée, six hommes sur dix et près d'une femme sur trois ne consomment pas d'alcool. L'alcoolisation à risque concerne moins d'un homme sur cinq et moins d'une femme sur dix, l'alcoolisation chronique excessive est exceptionnelle. Ces chiffres sont beaucoup plus bas que ceux de la population française.

Cependant ces chiffres moyens renvoient à une grande diversité selon les pays d'origine. L'interdit de l'alcool dans les sociétés à dominante

1 L'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Test) a été mis au point par l'OMS pour interroger sur la fréquence et la quantité d'alcool consommée de façon à calculer un score global qui est ensuite catégorisé en abstinence, consommation sans risque, consommation à risque ponctuel, consommation à risque chronique.

FIGURE 2. Consommation de tabac et d'alcool chez les hommes et les femmes du groupe de référence



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 80 % des hommes sont non fumeurs.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

musulmane se marque par des niveaux d'abstinence très élevés ; à titre d'exemple, une très grande majorité des hommes venant du Mali ou du Sénégal sont totalement abstinentes alors qu'au Cameroun et en République démocratique du Congo plus de huit hommes sur dix consomment de l'alcool. Les niveaux de consommation sont plus faibles encore pour les femmes, mais l'écart entre hommes et femmes est variable selon les pays d'origine : pas de différence en Côte d'Ivoire, 13 % d'écart entre hommes et femmes venant du Cameroun et 38 % pour ceux de RDC². Certaines

2 On trouvera le détail des chiffres par pays dans l'annexe du chapitre 12 sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_12.xlsx.

études émettent l'hypothèse d'une adoption du mode de consommation dans le pays d'accueil après l'immigration (Taïeb *et al.*, 2008). Ce n'est pas le cas dans les populations subsahariennes en France puisque l'on n'observe pas d'association statistique de la consommation d'alcool avec les variables caractérisant la trajectoire migratoire (âge à l'arrivée, durée de la présence en France, français parlé en famille) chez les hommes. Chez les femmes le niveau reste extrêmement bas, quelle que soit l'ancienneté de la migration. Cela peut s'expliquer par le fait que les habitudes de boire s'installent majoritairement par la socialisation à l'adolescence, elles ne sont donc pas adoptées par les immigrés qui arrivent majoritairement à l'âge adulte et maintiennent des comportements correspondant aux normes de leur société d'origine.

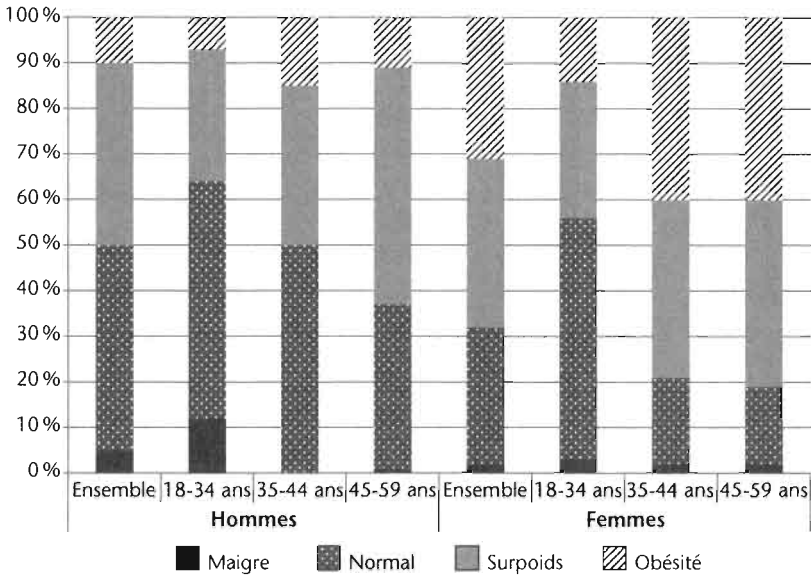
Ainsi, les populations immigrées africaines vivant en France apparaissent plutôt protégées des risques liés à l'alcool et au tabac.

Surpoids et obésité : un phénomène qui se développe en Afrique comme ailleurs et à l'origine de fortes inégalités pour les immigrés

Avec la transition démographique, l'urbanisation, la transformation des modes de vie, le surpoids et l'obésité sont devenus des enjeux de santé publique planétaires. L'Afrique connaît une hausse rapide de l'obésité avec une forte accentuation dans les populations urbaines et particulièrement chez les femmes (Abubakari *et al.*, 2008). Toutefois, il existe là encore une grande variabilité entre les pays (WHO, 2016). Dans les transformations partout à l'œuvre dans les pays riches ou à revenus intermédiaires (Stringhini *et al.*, 2016) comme en France (Singh-Manoux *et al.*, 2009), le surpoids suit un gradient social avec un risque qui augmente chez les plus défavorisés. Cette question concerne donc doublement les immigrés subsahariens avec l'évolution de la situation en Afrique et le phénomène de pauvreté et de précarité après l'immigration.

Parmi les enquêtes, 40 % des hommes et 37 % des femmes ont un surpoids, 11 % des hommes et 31 % des femmes souffrent d'obésité. Le surpoids et l'obésité augmentent avec l'âge. Comparés à la population générale, à âge égal, la fréquence de l'obésité est plus faible chez les hommes d'Afrique subsaharienne mais plus forte chez les femmes, en particulier après 35 ans (Roche SAS, 2012). Cette augmentation avec l'âge observée dans toutes les populations est-elle liée aussi aux conditions de vie après la migration ? La littérature n'est pas tout à fait convergente en raison de l'hétérogénéité des populations immigrées selon leur pays d'origine et des différences par sexe (Martin-Fernandez *et al.*, 2012). Une des études les plus récentes porte sur cinq groupes de Ghanéens ruraux, urbains et immigrés à Londres, Berlin et Amsterdam. Elle montre une prévalence importante de l'obésité des urbains par rapport aux ruraux au Ghana, et

FIGURE 3. Surpoids et obésité par âge chez les hommes et les femmes du groupe de référence



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 52 % des hommes de 45 à 59 ans sont en surpoids.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

un niveau plus élevé encore chez les immigrés en Europe. Cette accen-
tuation de l'obésité se maintient même après prise en compte du niveau
d'études et de l'âge pour tenir compte des différences possibles de compo-
sition des flux migratoires selon les destinations. Un tel résultat va dans le
sens d'un rôle propre du contexte migratoire, qui lui aussi varie selon les
pays d'accueil (Agyemang *et al.*, 2016). Plusieurs hypothèses peuvent être
avancées pour expliquer cette fréquence du surpoids en particulier parmi
les femmes : des raisons culturelles avec des représentations sociales de la
réussite sociale et de la féminité pouvant se traduire par un corps généreux
ou un surpoids qui n'est pas toujours perçu comme tel (Darmon et Khlat,
2001 ; Holdsworth *et al.*, 2004 ; Kronenfeld *et al.*, 2010), les habitudes
alimentaires et leur transition après la migration (Beydoun *et al.*, 2008 ;
Blanchet *et al.*, 2016), une sédentarité plus fréquente (La Rosa *et al.*, 2003),
mais aussi le rôle joué par les conditions socioéconomiques, la précarité
et l'insécurité alimentaire (Martin-Fernandez *et al.*, 2014). Cependant, ni
chez les hommes, ni chez les femmes enquêtés, le surpoids et l'obésité
ne sont clairement associés au niveau d'études ou au type d'activité en
France, ce qui suggère plutôt un faisceau de causalités.

Conclusion

Les informations apportées par Parcours avec la double entrée par les services de santé donnant accès aux personnes sans droit et par les centres de santé qui ont une patientèle plus large mettent bien en évidence le rôle des premiers comme vecteur majeur de l'accès aux soins. Ce premier accès dans les PASS hospitalières et dans les associations humanitaires est d'autant plus indispensable que les motifs de consultation tiennent pour une large part à des maladies chroniques présentes dès l'arrivée, notamment dans la sphère des risques cardiovasculaires, et nécessitent une prise en charge continue et souvent un traitement. Les données de Parcours renforcent la nécessité d'un accès pour les étrangers sans papiers, permis en France par l'AME malgré ses restrictions successives, alors que dans de nombreux pays d'Europe l'accès aux soins est limité aux soins urgents (De Vito *et al.*, 2015).

Le niveau plus élevé des recours pour troubles psychologiques et d'un mauvais état de santé perçu chez les consultants des centres pour l'accès aux soins témoigne de la détresse psychologique générée par les conditions difficiles des premiers temps de l'immigration. Ces résultats sont retrouvés dans d'autres travaux menés en Europe avec le constat que la réponse du système de soins est d'une façon générale insuffisante ou inadaptée (Priebe, Giacco et El-Nagib, 2016). Cette insuffisance est d'autant plus marquée que les services de santé mentale souffrent d'une carence accentuée dans les zones urbaines où s'installent les immigrés³. Ces résultats interpellent aussi les politiques migratoires qui accentuent l'insécurité sociale et administrative dans laquelle vivent les nouveaux arrivants.

En termes de prévention, si les immigrés de l'Afrique subsaharienne sont protégés des risques liés à l'alcool et au tabac pour avoir vécu leur adolescence, âge de l'expérimentation des conduites addictives, dans des pays où l'usage est limité par des normes encore solidement ancrées, ils sont particulièrement concernés par l'excès de poids et ses conséquences en termes de risque cardiovasculaire. Ici se conjuguent les transformations des modes de vie en Afrique et le confinement des étrangers dans des conditions de vie matérielles difficiles. En matière de nutrition/santé, l'efficacité des mesures contextuelles et éducatives reste limitée de façon générale (Menninger *et al.*, 2010), elle l'est plus encore dans les catégories les plus précaires auxquelles appartiennent en grande partie les immigrés africains.

En revanche, dans le champ de la prévention secondaire (les dépistages et la prévention médicalisée), les résultats indiquent qu'il existe

3 www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/tableaudebordediton2013.pdf

des marges d'amélioration qui dépendent essentiellement des pratiques professionnelles en médecine générale.

Bibliographie

- ABUBAKARI A.R., LAUDER W., AGYEMANG C., JONES M., KIRK A., BHOPAL R.S., 2008, « Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations : a meta-analysis », *Obesity Reviews*, 9, 4, p. 297-311.
- AFRITE A., BOURGUEIL Y., DUFOURNET M., MOUSQUÈS J., 2011, « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires », *Questions d'économie de la Santé*.
- AGYEMANG C., MEEKS K., BEUNE E., OWUSU-DABO E., MOCKENHAUPT F.P., ADDO J., GRAFT AIKINS A. DE, BAHENDEKA S., DANQUAH I., SCHULZE M.B., SPRANGER J., BURR T., AGYEI-BAFFOUR P., AMOAH S.K., GALBETE C., HENNEMAN P., KLIPSTEIN-GROBUSCH K., NICOLAOU M., ADEYEMO A., STRAALEN J. VAN, SMEETH L., STRONKS K., 2016, « Obesity and type 2 diabetes in sub-Saharan Africans – Is the burden in today's Africa similar to African migrants in Europe ? The RODAM study », *BMC Medicine*, 14, 1, p. 166.
- AÏT BELGHITI F., ANTOINE D., 2015, « L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9, 10, p. 164-171.
- ATTIAS-DONFUT C., WOLFF F.-C., TESSIER P., 2005, « Les transferts intergénérationnels des migrants âgés », *Économie et statistique*, 390, 1, p. 3-23.
- BERCHET C., JUSOT F., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition », *Économie publique*, 24, 25, p. 73-100.
- BEYDOUN M.A., GARY T.L., CABALLERO B.H., LAWRENCE R.S., CHESKIN L.J., WANG Y., 2008, « Ethnic differences in dairy and related nutrient consumption among US adults and their association with obesity, central obesity, and the metabolic syndrome », *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 6, p. 1914-1925.
- BLANCHET R., SANOU D., BATEL M., P. NANA C., GIROUX I., 2016, « Dietary transition among black immigrant families in Ottawa, Canada », EUPHA Migration Health Conference, Oslo.
- CHAMPENOIS K., COUSIEN A., CUZIN L., LE VU S., DEUFFIC-BURBAN S., LANOY E., LACOMBE K., PATEY O., BÉCHU P., CALVEZ M., SEMAILLE C., YAZDANPANAH Y., 2013, « Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study », *BMC Infectious Diseases*, 13, 1.
- CHAPPUIS M., TOMASINO A., DIDIER E., 2016, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », *Rapport 2015*,

- France, Direction des opérations France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.
- COMEDE, 2016, « Rapport 2016 du Comede », Comede, Kremlin-Bicêtre.
- COM-RUELLE L., CÉLANT N., 2013, « Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16-17-18, p. 185-190.
- DARMON N., KHLAT M., 2001, « An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices », *Public Health Nutrition*, 4, 2, p. 163-172.
- DE VITO E., DE WAURE C., SPECCHIA M.L., RICCIARDI W., 2015, *Public Health Aspects of Migrant Health : a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*, World Health Organisation Regional Office for Europe.
- GUIGNARD R., BECK F., WILQUIN J.-L., ANDLER R., NGUYEN-THANH V., RICHARD J.-B., ARWIDSON P., 2015, « Evolution of tobacco smoking in France : results from the health barometer 2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, p. 281-288.
- GRIMALDI-BENSOUDA L., BEGAUD B., LERT F., ROUILLON F., MASSOL J., GUILLEMOT D., AVOUAC B., DURU G., MAGNIER A.-M., ROSSIGNOL M., ABENHAÏM L., FOR THE EPI3-LA-SER GROUP, 2011, « Benchmarking the burden of 100 diseases : results of a nationwide representative survey within general practices », *BMJ Open*, 1, 2, p. e000215-e000215.
- HAMEL C., MOISY M., 2016, « Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé », in *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris, p. 263-290.
- HAMEL C., MOISY M., 2012, « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines, 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 21-24.
- HOLDSWORTH M., GARTNER A., LANDAIS E., MAIRE B., DELPEUCH F., 2004, « Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 12, p. 1561-1568.
- JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P., SERMET C., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique*, 60, 2, p. 385-411.
- KRONENFELD L.W., REBA-HARRELSON L., VON HOLLE A., REYES M.L., BULIK C.M., 2010, « Ethnic and racial differences in body size perception and satisfaction », *Body Image*, 7, 2, p. 131-136.
- LA ROSA E., VALENSI P., COHEN R., SOUFI K., ROBACHE C., LE CLESIAU H., 2003, « Déterminisme socioéconomique de l'obésité en Seine-Saint-Denis », *La Presse médicale*, 32, 2, p. 55-60.
- LYDIÉ N. (dir.), 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida*, Inpes, Paris (Études Santé), 160 p.
- MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2013, « "Migrants from over there" or "racial minority here" ? Sexual networks and prevention

practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture, Health & Sexuality*, 15, 7, p. 819-835.

MARTIN-FERNANDEZ J., CAILLAVET F., LHUISSIER A., CHAUVIN P., 2014, « Food insecurity, a determinant of obesity ? – an analysis from a population-based survey in the Paris metropolitan area, 2010 », *Obesity Facts*, 7, 2, p. 120-129.

MARTIN-FERNANDEZ J., GRILLO F., TICHIT C., PARIZOT I., CHAUVIN P., 2012, « Overweight according to geographical origin and time spent in France : a cross sectional study in the Paris metropolitan area », *BMC Public Health*, 12, 1, p. 937.

MENNINGER D.J., LECOQ G., GUEDJ J., BOUTET P., DANIEL J.-B., MATHIEU G., 2010, « Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010 », Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2010, « Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 », France.

MORLAT P., 2013, « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », ministère des Affaires sociales et de la Santé, Conseil national du sida, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, La Documentation française, Paris.

MOULLAN Y., JUSOT F., 2014, « Why is the “healthy immigrant effect” different between European countries ? », *The European Journal of Public Health*, 24, suppl 1, p. 80-86.

PRIEBE S., GIACCO D., EL-NAGIB R., 2016, *Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees. A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports), Copenhagen.

RAVALIHASY A., DESGRÉES DU LOÛ A., PANNETIER J., VIGNIER N., LERT F., DRAY-SPIRA R., LYDIÉ N., GROUPE PARCOURS, 2016, « La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France », pour le groupe Parcours », Working Papers du Ceped, 35, Ceped, Paris.

REISS K., LEHNHARDT J., RAZUM O., 2015, « Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries – what role does acculturation play ? A systematic review », *Tobacco Induced Diseases*, 13, 1.

ROCHE SAS, 2012, « ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », Inserm, Kantar Health, Roche.

SINGH-MANOUX A., GOURMELEN J., LAJNEF M., SABIA S., SITTA R., MENVIELLE G., MELCHIOR M., NABI H., LANOE J.-L., GUÉGUEN A., LERT F., 2009, « Prevalence of educational inequalities in obesity between 1970 and 2003 in France », *Obesity Reviews*, 10, 5, p. 511-518.

STRINGHINI S., FORRESTER T.E., PLANGE-RHULE J., LAMBERT E.V., VISWANATHAN B., RIESEN W., KORTE W., LEVITT N., TONG L., DUGAS L.R.,

SHOHAM D., DURAZO-ARVIZU R.A., LUKE A., BOVET P., 2016, « The social patterning of risk factors for non-communicable diseases in five countries : evidence from the modeling the epidemiologic transition study (METS) », *BMC Public Health*, 16, p. 956.

TAÏEB O., BAUBET T., FERRADJI T., MORO M.-R., 2008, « Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature », *Annales médico-psychologiques*, 6, 166, p. 431-441.

WHO, 2016, « Report on the status of major health risk factors on non-communicable diseases : WHO African Region, 2015 », World Health Organization regional office for Africa.

Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression¹

Julie Pannetier, Annabel Desgrées du Loû, France Lert

En France, à la différence d'autres problèmes de santé mieux documentés comme les maladies infectieuses, les données chiffrées sur la santé mentale des populations immigrées sont quasiment absentes du paysage scientifique. Pourtant, cet ouvrage souligne les difficultés rencontrées par les personnes immigrées à leur arrivée en France en matière d'accès au logement, à un titre de séjour pérenne, à une activité qui leur assure des ressources (*cf.* chapitre 1). Or les difficultés socioéconomiques (le chômage ou un faible niveau de vie) sont étroitement liées à la dépression (Fryers, Melzer et Jenkins, 2003). À cela s'ajoutent différentes formes de violences qui ont pu être vécues dans les pays d'origine et au cours du parcours migratoire, et dont l'association avec la dépression a été démontrée dans d'autres pays (Fortuna, Porche et Alegria, 2008 ; Ornelas et Perreira, 2011). Par ailleurs, dans un contexte d'augmentation des barrières à l'immigration et de « pathologisation » du « phénomène migratoire » depuis les années 1970 (Sayad, 1999), la souffrance psychique liée aux discours stigmatisants à l'égard des populations immigrées a été soulignée dans des études anthropologiques, notamment celles réalisées auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France (Larchanché, 2012 ; Sargent et Larchanché-Kim, 2006). Enfin, les discriminations institutionnelles et les processus par lesquels les États

1 Ce chapitre reprend certains résultats présentés dans l'article : PANNETIER J., LERT F., JAUFFRET ROUSTIDE M., DESGRÉES DU LOÛ A., 2017, « Mental health of sub-Saharan African migrants : the role of migration paths and transnational ties », *Social Science and Medicine-Population Health*.

fabriquent de l'illégalité en créant des obstacles à l'extension des titres de séjour (Le Défenseur des droits, 2016) ou à l'obtention du statut de réfugié (Fassin, 2001) peuvent également avoir un impact sur la santé mentale des populations concernées.

Ainsi, il est important de s'intéresser aux déterminants sociaux et politiques de la santé mentale des populations immigrées. L'enquête *Parcours* ne portait pas spécifiquement sur la santé mentale, mais le questionnaire comportait un jeu de quatre questions permettant de calculer un score de symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. À partir de l'analyse de ce score, ce chapitre présente, pour les trois groupes de personnes enquêtées (les personnes du groupe de référence, les personnes vivant avec un VIH ou avec une hépatite B chronique), les liens qui existent entre le parcours migratoire et les symptômes d'anxiété et de dépression, avec une attention particulière accordée à l'effet des violences ou des contraintes spécifiques vécues par les femmes et les hommes avant et après la migration.

Mesurer la souffrance psychique des populations immigrées

La mesure de l'état de santé mentale dans les enquêtes est toujours complexe. Il est par exemple difficile d'évaluer la prévalence de la dépression, car les symptômes de la dépression se manifestent sur un continuum qui va de « non déprimé » à « gravement déprimé » et la mesure de l'état de dépression dépend étroitement de l'outil psychométrique utilisé et des théories qui le sous-tendent (Beck et Beck, 1972). Cependant, ces tests psychométriques permettent de mettre au jour les facteurs associés aux troubles psychiques. Une étude comparative montre par exemple que, sur deux enquêtes menées en France qui n'utilisent pas les mêmes outils de mesure de la dépression ni le même protocole d'enquête, les prévalences de dépression obtenues sont différentes, mais les facteurs associés sont les mêmes (Morin, 2010). D'autre part, en santé mentale, les échelles de mesures standardisées sont la plupart du temps conçues avec des notions spécifiquement occidentales de la maladie et de ses symptômes, l'utilisation de ces instruments pour des populations qui ont d'autres normes sociales ou linguistiques que celles pour qui elles ont été produites demande donc une validation préalable. Dans le cas des populations africaines, ces validations ont rarement pu être faites, ce qui explique, en partie, l'absence d'indicateurs sur la santé mentale dans ces populations.

Le PHQ-4. Dans l'enquête Parcours, les personnes interrogées devaient rapporter à quelle fréquence, dans les deux dernières semaines, elles avaient été gênées par les problèmes suivants : 1. *un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension* ; 2. *une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes* ; 3. *peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses* ; 4. *être triste, déprimée ou désespérée*. Les réponses à ces questions pouvaient être : *jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps ou presque tous les jours*.

Un score au PHQ-4 ≥ 6 sur une échelle variant de 0 à 12 correspond à une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive modérée à sévère (Kroenke *et al.*, 2009).

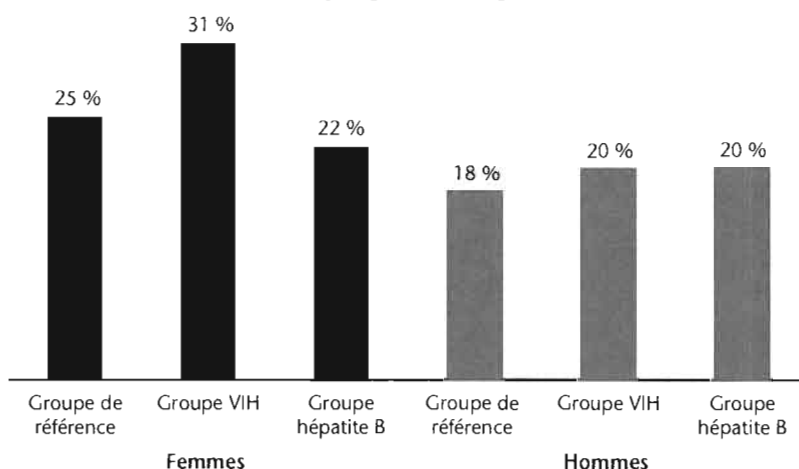
Les symptômes anxieux et dépressifs à travers le PHQ-4

L'enquête Parcours permet d'appréhender le niveau de symptômes anxieux et dépressifs avec le « *Patient Heath Questionnaire-4* » (PHQ-4) qui comprend deux questions évaluant les symptômes anxieux, issues du « *Generalized Anxiety Disorder-2* » (GAD-2), et deux questions mesurant les symptômes dépressifs, provenant du « *Patient Heath Questionnaire-2* » (PHQ-2)². Comme l'anxiété et la dépression coexistent souvent, ces deux troubles peuvent être en effet évalués conjointement avec le PHQ-4 (Kroenke *et al.*, 2009). Le PHQ-4 est initialement un outil de dépistage rapide de l'anxiété et de la dépression à destination des soignants, permettant d'indiquer une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive modérée à sévère méritant une évaluation plus approfondie par un diagnostic clinique. Cette échelle a été validée dans une population européenne (Löwe *et al.*, 2010), elle n'a pas été validée et utilisée à ce jour en France ou dans une population immigrée. Sans avoir la prétention de caractériser de façon fine les troubles psychiques chez les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne, cet indicateur apporte donc des informations sur un niveau de symptômes anxieux et/ou dépressifs qui devrait alerter les soignants.

À partir de cette échelle, les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs apparaissent très élevés dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France : 25 % des femmes et 18 % des hommes du groupe de référence sont concernés par un score au PHQ-4 égal ou supérieur à 6 (figure 1). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes d'étude. De façon générale, les niveaux de dépression mesurés en population générale varient beaucoup d'un pays à l'autre

2 Le GAD-2 et le PHQ-2 sont les versions courtes de deux échelles de mesures de l'anxiété (GAD-7) et de la dépression (le PHQ-9).

FIGURE 1. Proportions de personnes ayant un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère (score au PHQ-4 ≥ 6) selon le groupe d'étude, par sexe



Champ : ensemble des personnes enquêtées.

Note : le détail des effectifs et des valeurs est disponible sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_13.xlsx.

Lecture : 25 % des femmes du groupe de référence ont un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

(Kessler et Bromet, 2013), il est donc difficile de comparer les résultats avec ceux d'études réalisées dans d'autres pays ; on soulignera tout de même que les symptômes anxieux et dépressifs observés ici sont jusqu'à trois fois supérieurs à ceux observés en population générale en Allemagne avec la même échelle : le PHQ-4 (Löwe *et al.*, 2010).

Les résultats de cette étude corroborent ceux d'études européennes, encore rares, qui indiquent des niveaux d'anxiété et/ou de dépression plus élevés parmi les populations immigrées que non immigrées en Europe, en raison des inégalités socioéconomiques et de la discrimination perçue liée à l'origine (Levecque, Lodewyckx et Vranken, 2007 ; Levecque et Van Rossem, 2015) ainsi que ceux d'études réalisées en France, qui soulignent des difficultés psychiques accrues chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (Tortelli *et al.*, 2014 ; Veïsse, Wolmark et Revault, 2012). Ces études réalisées dans des contextes très différents (au Comité médical pour les exilés et dans les services psychiatriques du 20^e arrondissement de Paris) et sur différents aspects de la santé mentale (les syndromes post-traumatiques et les psychoses) soulignent la vulnérabilité spécifique de certaines personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en

France concernant la santé mentale (Tortelli *et al.*, 2014 ; Veisse, Wolmark et Revault, 2012).

Ces niveaux élevés de symptômes anxieux ou dépressifs ne sont pas étonnants dans la mesure où les personnes enquêtées ont connu dans des proportions importantes des situations ou événements que l'on sait fortement associés à la dépression : le fait ne pas avoir d'activité professionnelle ou d'avoir des activités professionnelles du secteur informel et/ou à faibles qualifications (*cf.* chapitre 2), le fait d'avoir vécu dans la rue (14 % pour les hommes et 5 % pour les femmes du groupe de référence, *cf.* chapitre méthodologique), le fait d'avoir subi des violences sexuelles (18 % des femmes et 3 % des hommes du groupe de référence, *cf.* chapitre 6). On retrouve bien (tableau 1) un lien statistique entre le fait d'avoir vécu des événements à fort potentiel traumatique – la violence sexuelle, le fait d'avoir vécu dans la rue – et les symptômes anxieux et dépressifs, pour les hommes comme pour les femmes. On retrouve aussi plus de symptômes anxieux et dépressifs chez les femmes ayant des emplois à faibles qualifications ou précaires et les personnes qui sont sans emploi (tableau 1). En effet, le travail peut être source de souffrance psychique (Dejours, 2008), mais son absence dans les sociétés où le statut qu'il confère est valorisé reste fortement associée à la dépression (Pan Ké Shon et Duthé, 2013).

En général, au Nord comme au Sud, les femmes apparaissent plus touchées par la dépression que les hommes (Hopcroft et Bradley, 2007 ; Van de Velde, Bracke et Levecque, 2010). Cela peut signifier d'une part qu'elles sont plus exposées aux facteurs associés à la dépression, tels que le chômage ou les violences sexuelles (Piccinelli et Wilkinson, 2000) et d'autre part que, si elles souffrent plus de troubles dépressifs que les hommes, les troubles liés à la consommation d'alcool sont plus fréquents chez les hommes : ainsi, les constructions sociales du masculin et du féminin produiraient des expressions genrées du « mal-être » (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008). Dans notre étude les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs sont supérieurs chez les femmes, mais la différence n'est statistiquement significative qu'entre les femmes et les hommes vivant avec le VIH (31 % *versus* 20 %, $p = 0.004$). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce faible écart. Il y a possiblement moins de différences dans l'expression du « mal-être » entre hommes et femmes comme cela a été montré dans certains pays d'Afrique (Duthé, Bonnet et Rossier, 2013). D'autre part, les expériences des femmes et des hommes en migration se rapprochent et entraînent possiblement les mêmes niveaux de symptômes anxieux et dépressifs. Les migrantes arrivent de plus en plus seules ou devantant un conjoint, pour chercher un emploi, faire des études, mais également pour fuir leur pays en raison de menaces pour leur vie (*cf.* chapitre 1).

Tableau 1. Facteurs sociaux associés aux symptômes anxieux et dépressifs modérés à sévères (score au PHQ-4 ≥ 6), par sexe

	Femmes		Hommes	
	N = 1189		N = 1253	
	OR	ORa	OR	ORa
Situation professionnelle				
Emploi qualifications faibles/« petits boulots »	1,6*	1,6*	1,8*	1,2
Emploi qualifications intermédiaires/élevées	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Inactif	4,3***	3,4***	4,1***	1,9*
Étudiant	2,7*	2,5	1,6	1,4
Vivre en couple (Réf. non)				
	0,5**	0,8	0,5**	0,8
Avoir subi un rapport sexuel forcé (Réf. non)				
	2,1**	1,5*	4,8**	2,6*
Avoir vécu dans la rue en France (Réf. non)				
	3,8**	2,3**	5,1**	2,5**
Avoir vécu au moins 7 ans en France (Réf. non)				
	0,5***	0,7	0,3***	0,7
Raison de la migration				
Menacé.e dans son pays	3,6***	2,2*	2,9**	1,5
Raisons de santé	2,5***	2,3**	2,2	1,2
Tenter sa chance/trouver du travail	1,4	1,1	1,5	1,1
Études	1,2	1,3	0,5	0,6
Raisons familiales	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Situation administrative à l'enquête				
Autorisation provisoire/pas de titre de séjour	2,6***	1,1	5,0**	1,9*
Carte de séjour temporaire (1 an)	1,4	0,6	2,4**	1,2
Nationalité française/carte de résident (10 ans)	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Groupe				
Groupe VIH	1,4	1,4	1,1	1,2
Groupe Hépatite B	0,9	0,7	1,2	1,3
Groupe de référence	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

Champ : ensemble des personnes enquêtées.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques ajustées sur l'âge, le niveau d'études, le fait d'avoir un enfant de moins de 18 ans dans un pays étranger, le fait d'avoir quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles, la pratique religieuse régulière. Le détail des analyses est disponible sur le site www.ceped.org/parcours/annexes_chapitre_13.xlsx.

Lecture : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que la probabilité de connaître des symptômes anxieux et dépressifs est supérieure (respectivement inférieure) par rapport à la modalité de référence.

Légende : significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %. Réf. Situation de référence. OR : odds ratios calculés par régression logistique et ajustés sur le groupe d'étude. ORa : odds ratios calculés par régression logistique et ajustés sur le groupe d'étude et toutes les autres variables incluses dans le modèle.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Les parcours migratoires qui fragilisent la santé mentale

Au cours de leurs parcours migratoires, les personnes immigrées peuvent être exposées à différents types de violences ou contraintes liés aux contextes sociaux et politiques dans les sociétés d'origine et de destination (Castañeda *et al.*, 2015), de façon différente pour les femmes et les hommes.

Des violences spécifiques à l'égard des femmes ?

La part des migrations contraintes par un contexte politique ou des violences de genre chez les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne est en augmentation, en raison de l'instabilité politique que connaissent certains pays dans cette région. Chez les femmes particulièrement, nous voyons dans l'étude *Parcours* que la part de celles qui sont arrivées en France pour fuir des menaces dans leur pays a augmenté au cours des cinq dernières années (*cf.* chapitre 1). Comme l'indique le tableau 1, les femmes et les hommes qui ont migré parce qu'ils étaient menacés ont une probabilité plus élevée de connaître des symptômes anxieux (respectivement $OR = 3,6$ et $OR = 2,9$). Les femmes restent plus susceptibles de signaler des symptômes d'anxiété et de dépression lorsque l'on prend en compte leur situation professionnelle, administrative, le fait d'avoir vécu dans la rue et le fait d'avoir subi un rapport forcé ($ORa = 2,2$), ce qui n'est pas le cas pour les hommes ($ORa : 1,5$ non significatif), ce qui signifie que pour ces femmes la précarité économique, résidentielle et administrative ne suffit pas à expliquer pourquoi elles manifestent davantage de symptômes anxieux et dépressifs. Il est possible qu'elles aient été exposées à différentes formes de violence, autres que sexuelles, lors de leur parcours migratoire, qui pourraient expliquer ce désavantage.

Les conditions qui peuvent conduire les femmes à fuir leur pays sont en effet multiples : elles sont exposées aux violences conjugales, au viol comme tactique de guerre dans les pays en conflit armé, à l'excision, aux mariages forcés (Freedman, 2016). Comme expliqué par Jane Freedman, « les femmes qui ont été victimes de persécutions et qui veulent fuir leur pays rencontrent des difficultés économiques et sociales particulières liées à leur statut social, économique et politique. Elles ont probablement des ressources économiques inférieures aux hommes et plus de difficulté qu'eux à voyager seules ; et pendant le "voyage" jusqu'au pays où elles demanderont l'asile, elles rencontreront différentes formes de menaces et de violences ». Par exemple, devoir faire appel à des passeur-e-s représente un obstacle supplémentaire pour les femmes qui ont généralement moins

« Et la santé on dit quoi » ?

de ressources économiques que les hommes (Freedman, 2016). De plus, les femmes qui entreprennent une migration dans ces conditions font également face à de multiples formes de violence dans les pays d'arrivée (Freedman, 2016 ; Keygnaert, Vettenburg et Temmerman, 2012).

Les violences spécifiques à l'égard des hommes ?

Pour beaucoup d'immigrés, l'arrivée en France est une période d'insécurité administrative. Il faut en moyenne trois ans pour les femmes et quatre ans pour les hommes après l'arrivée pour obtenir un premier permis de séjour valable pendant au moins toute une année (chapitre 2). Le durcissement des politiques migratoires rend difficile pour les immigrés l'accès à la sécurité et à la stabilité administrative et cela semble avoir un impact sur la santé mentale. Comme l'indique le tableau 1, pour les hommes comme pour les femmes l'absence de permis de séjour est associée aux symptômes d'anxiété et de dépression (respectivement : OR = 2,6 et OR = 5,0). L'association ne reste significative que chez les hommes après ajustement sur les autres variables du modèle (ORa = 1,9), ce qui signifie que cette association est maintenue au-delà des difficultés de logement et de la situation professionnelle, de la raison de la migration et des autres événements fortement liés à la dépression. Le fait de ne pas avoir de titre de séjour est donc particulièrement anxiogène pour les hommes.

Ce résultat peut être lié à différents types de violences, symboliques et institutionnelles. Premièrement, la construction d'immigrés sans papiers comme « illégaux », comme des « autres indésirables » représentant une menace, a un impact sur la santé des immigrés (Sargent et Larchanché-Kim, 2006). Deuxièmement, l'inquiétude et la dépression chez les immigrés sans titre de séjour peuvent être dues à la peur d'être arrêtés par la police, d'être expulsés et d'échouer dans leur projet migratoire (Larchanché, 2012). Les hommes sont également plus exposés aux contrôles policiers que les femmes dans l'espace public (Jobard *et al.*, 2013), en particulier les hommes perçus comme arabes, maghrébins ou noirs (Le Défenseur des droits, 2017).

Les « dures » premières années de l'arrivée en France : les symptômes anxieux et dépressifs qui s'atténuent avec le temps

Enfin, les personnes arrivées depuis plus de sept ans déclarent moins de symptômes anxieux et dépressifs que celles arrivées depuis moins longtemps (tableau 1). L'état de santé mentale semble ainsi s'améliorer avec le temps passé en France. Ainsi, il y a une temporalité dans l'expérience de symptômes anxieux et dépressifs qui va de pair avec les difficultés d'installation en France. Les sept premières années après l'arrivée dans

en France correspondent à une période où les situations administratives, économiques et résidentielles demeurent incertaines (chapitre 1). Certaines personnes peuvent être exposées en France au stress lié à cette installation difficile qui peut prendre plusieurs années. Face à l'incertitude concernant les demandes d'asile, à l'absence d'activité économique, à la discrimination, à la précarité du logement, l'épreuve des premières années passées en France entraîne des symptômes anxieux et dépressifs qui s'atténuent avec le temps.

Santé mentale et VIH : une vulnérabilité spécifique ?

De manière générale, les personnes qui vivent avec le VIH souffrent plus de dépression que la population générale (Nanni *et al.*, 2015). En France, les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH apparaissent moins dépressives que les autres groupes de personnes atteintes, mais plus que l'ensemble de la population générale française sans que l'on puisse déterminer si cela est lié à leur statut migratoire ou à leur statut VIH (Feuillet *et al.*, 2016). L'enquête Parcours est la première enquête à montrer que les immigrés subsahariens vivant avec le VIH ou l'hépatite B ont des niveaux égaux de symptômes d'anxiété et de dépression aux immigrants subsahariens non infectés par le VIH, « toutes choses égales par ailleurs » (tableau 1). Ainsi, ce sont beaucoup plus les éléments du parcours migratoire que la maladie qui paraissent avoir un rôle déterminant sur l'état de santé mentale des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Il faut noter cependant que les personnes enquêtées vivant avec le VIH ont été diagnostiquées huit ans avant l'enquête pour la moitié d'entre elles. Ainsi la plupart d'entre elles avaient déjà traversé la période de « choc émotionnel » provoqué par l'annonce du diagnostic VIH, au moment où elles ont répondu au questionnaire. Dans le chapitre 9 qui porte sur l'impact du diagnostic, on observe d'ailleurs que ce sont essentiellement les deux années qui ont suivi le diagnostic qui sont déclarées comme étant difficiles ou très difficiles. De plus, le « choc » provoqué par le diagnostic du VIH a pu être tempéré par les différentes formes de soutien à l'œuvre dans les équipes de prise en charge du VIH, qui aident les patients à faire face à leurs difficultés, comme le montre Dolores Pourette au chapitre 10. Enfin, l'existence d'associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH (*cf.* chapitre 11) a pu les aider à faire face aux difficultés.

Conclusion

Fuir son pays, vivre illégalement dans un nouveau pays sont des expériences qui affectent la santé mentale. Dans le contexte actuel où les barrières à l'immigration vont croissantes, où les craintes déclenchées par les discours stigmatisants sur les personnes immigrées et la discrimination qu'elles subissent en retour risquent d'aller en s'amplifiant, la santé mentale des populations concernées devient un enjeu crucial. La mesure des symptômes anxieux et dépressifs dans l'étude *Parcours* confirme l'importance de cet enjeu. Cependant, des recherches spécifiques sur la question de la santé mentale sont nécessaires, avec des indicateurs plus fins, validés pour cette population, et un suivi dans le temps pour comprendre comment évoluent les difficultés psychiques au cours du séjour en France. On peut en effet se demander quelles seront les conséquences à long terme de ces souffrances psychiques dans leur vie en France et sur leur état de santé en général.

Bibliographie

- BECK A.T., BECK R.W., 1972, « Screening depressed patients in family practice », *Postgraduate Medicine*, 52, 6, p. 81-85.
- CASTANEDA H., HOLMES S.M., MADRIGAL D.S., YOUNG M.-E.D., BEYELER N., QUESADA J., 2015, « Immigration as a social determinant of health », *Annual Review of Public Health*, 36, p. 375-392.
- COUSTEAUX A.-S., PAN KÉ SHON J.-L., 2008, « Le mal-être a-t-il un genre ? », *Revue française de sociologie*, 49, 1, p. 53-92.
- DEJOURS C., 2008, *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, Bayard, 298 p.
- DUTHÉ G., BONNET D., ROSSIER C., 2013, « La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou », Working Paper du Ceped, www.ceped.org/wp.
- FASSIN D., 2001, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, 19, 4, p. 5-34.
- FEUILLET P., LERT F., TRON L., AUBRIERE C., SPIRE B., DRAY-SPIRA R., AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES (ANRS)-VIH, Enquête sur les personnes atteintes (Vespa2) Study Group, 2016, « Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France », *HIV medicine*, doi : 10.1111/hiv.12438.
- FORTUNA L.R., PORCHE M.V., ALEGRIA M., 2008, « Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States », *Ethnicity & Health*, 13, 5, p. 435-463.

FREEDMAN J., 2016, « Sexual and gender-based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis" », *Reproductive Health Matters*, 24, 47, p. 18-26.

FRYERS T., MELZER D., JENKINS R., 2003, « Social inequalities and the common mental disorders », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 5, p. 229-237.

HOPCROFT R.L., BRADLEY D.B., 2007, « The sex difference in depression across 29 countries », *Social Forces*, 85, 4, p. 1483-1507.

JOBARD F., LÉVY R., LAMBERTH J., NÉVANEN S., 2013, « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, 67, 3, p. 423-451.

KESSLER R.C., BROMET E.J., 2013, « The epidemiology of depression across cultures », *Annual Review of Public Health*, 34, p. 119-138.

KEYGNAERT I., VETTERBURG N., TEMMERMAN M., 2012, « Hidden violence is silent rape : sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands », *Culture, Health & Sexuality*, 14, 5, p. 505-520.

KROENKE K., SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W., LÖWE B., 2009, « An ultra-brief screening scale for anxiety and depression : the PHQ-4 », *Psychosomatics*, 50, 6, p. 613-621.

LARCHANCHÉ S., 2012, « Intangible obstacles : health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France », *Social Science & Medicine (1982)*, 74, 6, p. 858-863.

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2017, « Relations police/population : le Défenseur des droits publie une enquête sur les contrôles d'identité ».

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France ».

LEVECQUE K., VAN ROSSEM R., 2015, « Depression in Europe : does migrant integration have mental health payoffs ? A cross-national comparison of 20 European countries », *Ethnicity & Health*, 20, 1, p. 49-65.

LEVECQUE K., LODEWYCKX I., VRANKEN J., 2007, « Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium : a comparison between native and immigrant groups », *Journal of Affective Disorders*, 97, 1-3, p. 229-239.

LÖWE B., WAHL I., ROSE M., SPITZER C., GLAESMER H., WINGENFELD K., SCHNEIDER A., BRÄHLER E., 2010, « A 4-item measure of depression and anxiety : validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population », *Journal of Affective Disorders*, 122, 1-2, p. 86-95.

MORIN T., 2010, « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », document de travail, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville ; ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État ; ministère de la Santé et des Sports.

« Et la santé on dit quoi » ?

NANNI M.G., CARUSO R., MITCHELL A.J., MEGGIOLARO E., GRASSI L., 2015, « Depression in HIV infected patients : a review », *Current Psychiatry Reports*, 17, 1, p. 530.

ORNELAS I.J., PERREIRA K.M., 2011, « The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA », *Social Science & Medicine* (1982), 73, 8, p. 1169-1177.

PICCINELLI M., WILKINSON G., 2000, « Gender differences in depression. Critical review », *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 177, p. 486-492.

SARGENT C.F., LARCHANCHÉ-KIM S., 2006, « Liminal lives : immigration status, gender, and the construction of identities among Malian migrants in Paris », *American Behavioral Scientist*, 50, 1, p. 9-26.

SAYAD A., 1999, *La Double Absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Paris, 452 p.

SHON J.-L. PAN KÉ, DUTHÉ G., 2013, « Trente ans de solitude... et de dépression », *Revue française de sociologie*, 54, 2, p. 225-261.

TORTELLI A., MORGAN C., SZOKE A., NASCIMENTO A., SKURNIK N., CAUSSADE E.M. DE, FAIN-DONABEDIAN E., FRIDJA F., HENRY M., EZEMBE F., MURRAY R.M., 2014, « Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 7, p. 1103-1109.

VAN DE VELDE S., BRACKE P., LEVECQUE K., 2010, « Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression », *Social Science & Medicine* (1982), 71, 2, p. 305-313.

VEISSE A., WOLMARK L., REVAULT P., 2012, « Mental health amongst migrants/foreigners : improving description for better care », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 36-40.

*La contraception chez les femmes immigrées
d'Afrique subsaharienne en Île-de-France :
une pratique généralisée
comme dans la population générale,
des méthodes différentes*

Barbara Maraoux, France Lert

Immigrer en France, c'est emmener sa famille et ses enfants, parfois les laisser, partir seul et faire couple, rejoindre un conjoint ou encore rompre une union nouée avant de partir, vivre seul ou entrer dans une nouvelle vie sexuelle et affective dans laquelle s'inscrira le projet de faire famille (cf. chapitre 3). Ce projet parental dépend de ces conditions de venue (Hamel et Pailhé, 2012) et se construit dans la migration dans un nouveau contexte. Pour les personnes d'Afrique subsaharienne, c'est passer d'un pays à haute fécondité à un pays à fécondité beaucoup plus basse. Les immigrés s'adaptent à ce nouveau contexte en ayant moins d'enfants que dans les pays d'où ils viennent même si leur nombre idéal d'enfants reste un peu plus élevé que celui de la population d'accueil (3 enfants, soit 1,2 de plus que la moyenne en France) (Afulani et Asunka, 2015). À 45 ans, les Africains immigrés du Sahel, d'Afrique centrale ou de Guinée en France ont plus d'enfants que la population majoritaire et les Sahéliens sont ceux des immigrés qui en ont le plus (Hamel et Pailhé, 2012). Cependant, la volonté de maîtriser le nombre d'enfants et d'espacer les naissances se développe aussi en Afrique subsaharienne, de façon différente selon les pays, l'environnement urbain ou rural, les milieux sociaux. Face à ces nouvelles attitudes, les dispositifs de planification familiale et l'offre de contraception sont eux aussi variables, mais globalement insuffisants (Bongaarts et Casterline, 2013 ; United Nations, 2015). Ainsi, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France, en particulier celles d'Afrique de l'Ouest, viennent de régions d'offres limitées en matière de contraception et arrivent dans un pays qui a une des utilisations de la contraception les plus élevées au monde (Bajos *et al.*, 2012).

Les femmes arrivent dans leur majorité entre 20 et 30 ans, et c'est donc en général après la migration que naissent leurs enfants ou une partie de leurs enfants et que se forment ou s'agrandissent des familles (Brutel, 2014). Les transformations de la fécondité reflètent celles des rapports de genre. Ces transformations se manifestent aussi dans la structure de l'immigration féminine vers la France avec une féminisation accrue, une élévation du niveau d'études et plus d'immigrations autonomes, c'est-à-dire de femmes venant seules (Beauchemin, Borrel et Régnaud, 2013). Ainsi, dans les années récentes, les femmes sont plus nombreuses à venir de façon autonome et avec déjà un profil différent quant au nombre d'enfants de celles qui viennent pour rejoindre un conjoint. Comment se saisissent-elles de la contraception et qu'est-ce qui détermine leur accès et leurs choix ?

Le besoin de contraception est étudié parmi les femmes de 18 à 49 ans qui ont répondu à des questions standardisées sur la contraception de façon à permettre les comparaisons entre les enquêtes, notamment les enquêtes nationales en France et entre pays (encadré 1). Ces informations sur la contraception portent sur l'année où les données sont collectées et c'est en comparant les situations selon l'ancienneté de l'arrivée en France que l'on peut appréhender l'appropriation de la contraception au cours du parcours migratoire et non de façon diachronique depuis l'arrivée en France ; les informations nécessaires étant difficiles à rapporter de façon fiable en rétrospectif.

Des besoins en contraception diversifiés selon les profils migratoires

Les femmes de 18 à 49 ans, avec 36 ans comme âge moyen, ont une ancienneté médiane de migration de huit à neuf ans, durée qui varie selon les raisons de la migration. Les femmes venues pour des raisons familiales ont l'ancienneté la plus longue tandis que celles ayant fui des menaces dans leur pays ou venues pour des raisons médicales sont arrivées les plus âgées et ont la présence en France la plus courte. Les femmes venues de façon autonome se situent en position intermédiaire. L'âge à l'entrée dans la sexualité et l'âge à la première grossesse ne diffèrent pas selon le motif de la venue en France, mais, au cours du parcours migratoire, la vie sexuelle et la naissance des enfants se produisent selon des chronologies différentes à prendre en compte pour caractériser le besoin de contraception (tableau 1).

Au moment de l'enquête, sept femmes sur dix sont dans une relation de couple, avec ou sans cohabitation, dont plus de la moitié avec des conjoints ou partenaires originaires d'Afrique subsaharienne ; là encore, les profils varient selon les raisons de la migration, avec plus de femmes en relation de couple parmi les femmes venues pour raisons familiales et

Tableau 1. Principaux repères chronologiques de la vie reproductive selon les raisons de la venue en France

	Raisons familiales	Tenter sa chance- étudier- travailler	Fuir des menaces – raisons médicales	Total	p
	N = 92	N = 104	N = 74	N = 270	
	Médiane 25 %-75 %	Médiane 25 %-75 %	Médiane 25 %-75 %	Médiane 25 %-75 %	
Âge à l'arrivée (années)	25 (20-29)	26 (21-28)	30 (25-35)	27 (22-32)	n.s.
Âge à l'enquête (années)	37 (30-44)	34 (29-40)	36 (30-43)	36 (29-43)	n.s.
Âge au 1 ^{er} rapport sexuel (années)	18 (16-20)	18 (16-20)	18 (16-20)	18 (16-20)	n.s.
Âge à la 1 ^{re} grossesse (années)	23 (19-25)	24 (20-27)	23 (18-27)	23 (19-27)	n.s.
Nb d'enfants à l'arrivée en France	0,6 (0-1)	0,7 (0-1)	1,3 (0-2)	0,8 (0-1)	*
Nb d'enfants en France	1,8 (1-3)	1,1 (0-2)	0,5 (0-1)	1,2 (0-2)	***
Nb d'enfants à l'enquête	2,8 (1,5-4)	1,9 (1-3)	1,8 (0-3)	2,2 (1-3)	***
Durée du séjour (années)	12 (4-18)	8 (2-12)	4 (1-8)	9 (2-12)	***

Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France. Parmi les 407 femmes du groupe de référence, 270 femmes sont incluses dans l'étude des pratiques contraceptives.

Lecture : âge au premier rapport, la moitié des femmes arrivées pour raisons familiales ont eu leur premier rapport avant 18 ans.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; IQR : intervalle interquartile.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

moins de conjoints immigrés d'Afrique subsaharienne parmi les femmes venues de façon autonome. Cette particularité des femmes arrivées hors du cadre classique du regroupement familial était déjà mise en évidence dans l'enquête Trajectoires et Origines (TeO) qui observait que, parmi l'ensemble des immigrés d'Afrique subsaharienne en couple, la moitié ou plus avaient un conjoint africain généralement rencontré avant la migration et que les femmes arrivées célibataires se mettaient en couple avec un temps de retard et plus souvent avec un partenaire non africain (Hamel *et al.*, 2012).

ENCADRÉ 1. Recueil de l'information sur la contraception et la méthode utilisée

Le questionnaire standard de l'enquête nationale FECOND pour interroger les femmes en âge de procréer sur leurs connaissances et leurs pratiques liées à la contraception a été utilisé dans Parcours pour permettre les comparaisons. De façon générale, dans les enquêtes, les femmes définies comme « en besoin de contraception » sont les femmes en âge de procréer, sexuellement actives, qui ne sont pas enceintes ou ne cherchent pas de grossesse et ne sont pas stériles. Les informations collectées dans l'enquête Parcours permettent d'identifier les femmes en besoin de contraception, la pratique ou non d'une méthode contraceptive, les méthodes utilisées au moment de l'enquête. Ces méthodes sont regroupées de deux façons : d'une part en méthodes modernes ou méthodes naturelles, et d'autre part, parmi les méthodes modernes, en séparant le préservatif des méthodes qui nécessitent la prescription ou l'intervention du médecin, appelées ici méthodes médicales : la pilule, l'implant, le patch, l'anneau vaginal, le dispositif intra-utérin ou stérilet, la contraception d'urgence et la stérilisation tubaire. Lorsque plusieurs méthodes sont déclarées, la méthode retenue est la plus efficace selon un algorithme d'efficacité théorique (Trussell, 2011).

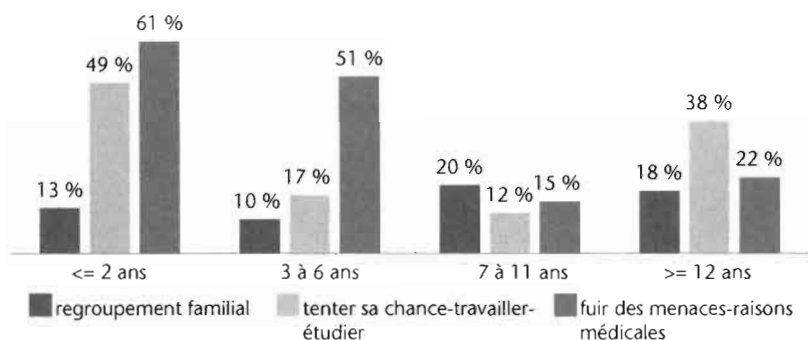
Les questions posées étaient les suivantes :

A. Actuellement utilisez-vous un moyen pour éviter une grossesse ? Si la réponse était positive alors les personnes devaient indiquer le ou les moyens utilisés sans que ceux-ci soient énoncés par l'enquêteur (préservatif, pilule, dispositif intra-utérin, implant contraceptif, patch hormonal, anneau vaginal, stérilisation contraceptive, injection contraceptive, contraception d'urgence, méthode naturelle, aucune méthode). En cas de réponse négative, une deuxième question était posée :

B. Vous n'utilisez pas de contraception en ce moment. Est-ce parce que... ?, avec le choix entre les modalités suivantes : pas de rapport sexuel depuis douze mois ou plus, recherche de grossesse ou enceinte ou postpartum, infertilité, ménopause, hystérectomie.

Parcours apporte des informations sur la vie sexuelle (données peu disponibles dans les enquêtes démographiques), qui est elle aussi affectée par la migration. Rappelons d'abord qu'une femme sur cinq n'était pas entrée dans la sexualité avant d'arriver en France. Dans les deux premières années de leur immigration, près de la moitié des femmes sont sans activité sexuelle, un autre quart sont enceintes ou veulent l'être, et le quart restant sexuellement actives et sans désir de procréation, et donc répondent à la définition du besoin de contraception. Ces proportions varient selon les raisons de la migration : les femmes arrivées pour tenter leur chance ou travailler sont près de la moitié à ne pas avoir de relations sexuelles dans

FIGURE 1. Absence de relations sexuelles pendant au moins 12 mois selon la raison de l'immigration et son ancienneté parmi les femmes en âge de procréer (%)



Champ : femmes du groupe de référence de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France.

Lecture : parmi les femmes en France depuis moins de 2 ans venues pour raisons familiales, 13 % n'ont pas eu de relations sexuelles pendant les 12 derniers mois.

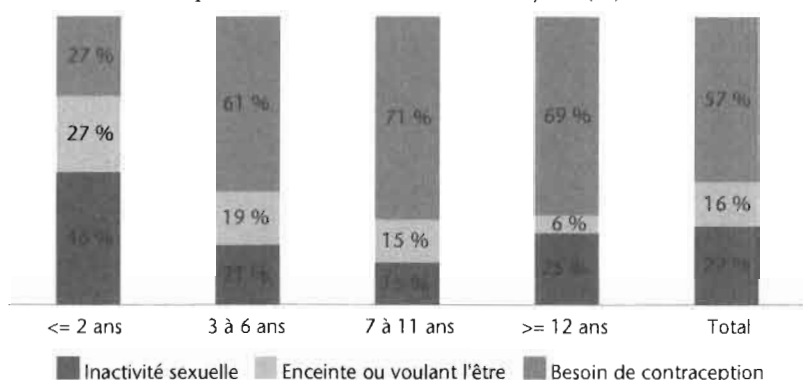
Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

les deux premières années de leur venue, c'est encore plus fréquent chez les femmes qui ont fui des menaces (61 %) alors que les femmes venues pour des raisons familiales ne sont que 13 % dans ce cas. Avec le temps, les profils se rapprochent pour arriver à des proportions similaires, mais plus lentement pour les femmes ayant fui des menaces, puis l'inactivité sexuelle réaugmente avec l'âge et donc la durée de présence en France (figure 1).

Le besoin de contraception est classiquement déterminé par le nombre d'enfants et le désir de nouvelles grossesses. Les femmes venues en raison de menaces étaient plus souvent déjà mères, et sont celles qui ont le moins d'enfants après leur arrivée. Celles venues rejoindre leur famille avaient moins d'enfants avant d'émigrer, et trois sur quatre en ont eu en France depuis leur arrivée. En position intermédiaire se trouvent les femmes venues tenter leur chance, travailler ou étudier et majoritairement sans enfant à leur arrivée et qui n'ont eu qu'un seul enfant en France ; marque d'une mise à distance de la norme procréative qui va de pair avec plus de mixité dans le couple.

Ainsi, le calendrier des naissances est fortement influencé par ce contexte migratoire. Les femmes venues pour des raisons familiales ont un premier enfant en France la deuxième année suivant leur venue, cette première naissance survient pour les autres femmes la cinquième année pour celles venues travailler ou étudier et la sixième année pour les femmes venues, car menacées. L'espacement de la naissance suivante qui renvoie

FIGURE 2. Situation sexuelle et reproductive parmi les femmes en âge de procréer selon leur durée de séjour (%)



Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France.

Lecture : parmi les femmes en France depuis 3 à 6 ans, 21 % n'ont pas eu de rapports sexuels dans les 12 mois, 19 % sont enceintes ou en recherche de grossesse, 61 % sont en besoin de contraception.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

au besoin de contraception est aussi plus court pour les femmes venues pour rejoindre un conjoint (4 ans), que pour les autres (7 ans). Quant au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) depuis l'arrivée, il se produit plutôt avant la première naissance en France pour les femmes venues travailler ou étudier ou pour fuir des menaces que pour celles venues en contexte familial. Quand celles-ci recourent à l'IVG, c'est en général après la naissance de plusieurs enfants (8 ans en médiane après l'immigration).

Ainsi, le besoin de contraception augmente fortement après les toutes premières années avec le début ou la reprise de l'activité sexuelle, la construction des unions, puis plus tard lorsque les femmes ont atteint le nombre d'enfants qu'elles souhaitent (figure 2).

Pratiques contraceptives : niveau et type de méthodes utilisées en France

Avant leur arrivée en France, une majorité de femmes n'avait pas d'expérience de la contraception, seulement une femme sur dix avait déjà utilisé une contraception médicale et 30 % des femmes déclaraient avoir déjà utilisé le préservatif avec une visée contraceptive.

Parmi les femmes en besoin de contraception, au moment de l'enquête, seulement un peu plus de 3 % déclarent n'utiliser aucune méthode

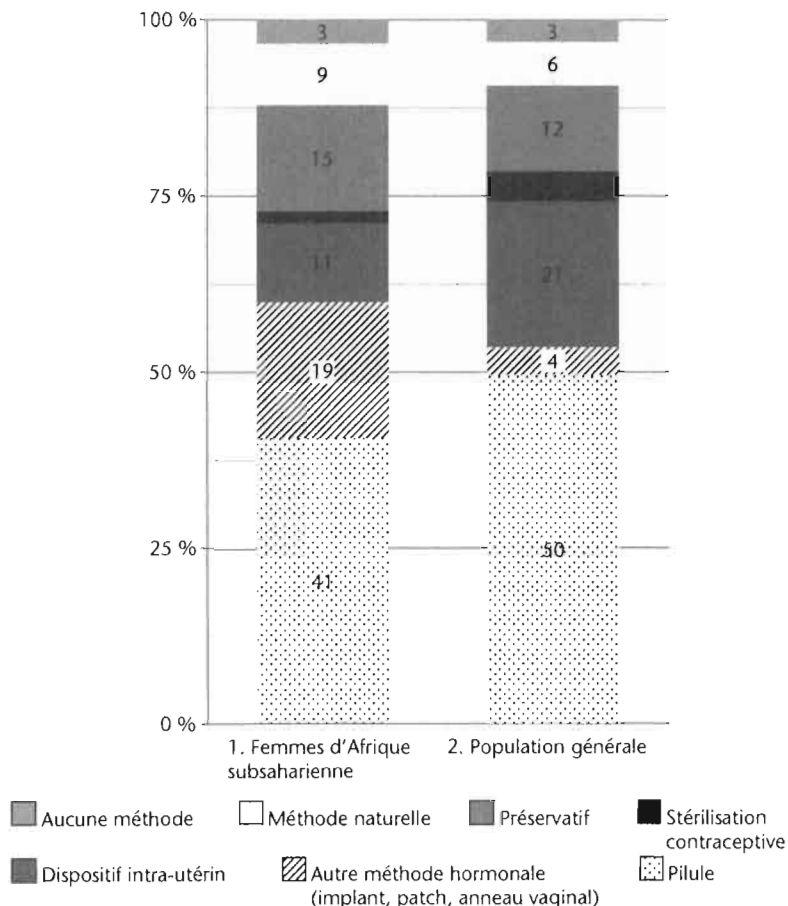
contraceptive, sept femmes sur dix (73 %) utilisent un moyen de contraception médicale, 15 % le préservatif et 9 % une méthode naturelle. Parmi les moyens médicaux déclarés les plus utilisés sont la pilule (41 %), suivie par l'implant contraceptif (19 %), le dispositif intra-utérin (11 %) puis la stérilisation tubaire (moins de 2 %), d'utilisation rare en France (figure 3). Aucune femme n'a déclaré avoir recours à l'injection. Les autres méthodes, patch contraceptif, anneau vaginal, pilule du lendemain ne sont jamais cités.

Comparé à celui de la population française enquêtée en 2010 dans l'étude FECOND, le niveau de la couverture contraceptive chez les immigrées subsahariennes enquêtées dans *Parcours* est très similaire avec un recours un peu plus marqué aux méthodes non médicales (24 % vs 18 %). En effet, la répartition des méthodes est différente chez celles-ci avec une place moindre pour la pilule, plus d'implants, moins de recours au dispositif intra-utérin, un peu moins de stérilisation tubaire et un peu plus de recours au préservatif. Cette utilisation du préservatif plus fréquente peut être expliquée par sa promotion en Afrique subsaharienne dans le cadre de la prévention du VIH, plus accessible que les méthodes médicales, notamment pour les femmes qui ne sont pas en union. Cette expérience contribuerait à l'utilisation contraceptive du préservatif en France. L'acmé de la crise de la pilule qui a mis au jour les effets adverses sévères de la pilule de troisième génération se situe au milieu du recueil de l'enquête *Parcours*, fin 2012. Cette crise a amené très rapidement parmi les femmes en France un délaissement de la pilule au profit des méthodes naturelles, qui, selon les données de l'enquête nationale de 2013, aurait été particulièrement accentué chez les immigrées d'Afrique subsaharienne (Bajos, 2014). Le retentissement de cette affaire très relayée par les médias a pu affecter les participantes de *Parcours* sans qu'il soit possible d'en mesurer l'ampleur.

Le recours à une méthode médicale varie selon l'âge et le nombre d'enfants¹. C'est entre 30 et 39 ans que la couverture contraceptive par des méthodes médicales atteint près de 90 % avec une forte utilisation de la pilule, elle baisse après 40 ans, au profit des méthodes naturelles ou de l'absence de toute contraception. L'usage de l'implant contraceptif, un cinquième des femmes, est plus marqué chez les femmes de moins de 30 ans (3 femmes sur 10). Si l'on y ajoute le dispositif intra-utérin, cette tranche d'âge représente celle où la fréquence d'utilisation de moyens de longue durée d'action est la plus grande.

1 Voir tableau 1 en annexe sur le site http://www.ceped.org/parcours/annexes-chapitre_14.xlsx.

FIGURE 3. Couverture et méthodes contraceptives parmi les femmes en besoin de contraception – 1) dans la population des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (Parcours) – 2) en population générale (étude FECOND, 2010).



Champ 1 : femmes du groupe de référence de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, arrivées après 15 ans en France, non enceintes ou ne recherchant pas une grossesse.

Lecture : 41 % des femmes utilisent la pilule comme méthode de contraception et 19 % une autre méthode hormonale (implant).

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Champ 2 : femmes de la population générale de 18 à 49 ans, non stériles et non ménopausées, non enceintes ou ne recherchant pas une grossesse.

Lecture : 50 % des femmes utilisent la pilule comme méthode de contraception et 21 % le stérilet.

Source : enquête FECOND, 2010, Inserm-Ined.

Ce recours aux méthodes médicales augmente aussi avec le nombre d'enfants, passant de 45 % pour les femmes sans enfant à environ trois femmes sur quatre chez les femmes qui ont des enfants.

L'étude des facteurs associés à la contraception médicale a été menée en s'affranchissant par ajustement des facteurs directement liés à l'histoire reproductive (âge et nombre d'enfants) pour étudier le rôle des caractéristiques clés du parcours migratoire (raison de la migration, âge d'arrivée et temps passé en France), le contexte relationnel (type et homogamie du couple), les facteurs socioéconomiques (niveau d'études, activité professionnelle), les facteurs culturels (religion et pratique du français en famille), enfin ceux liés à l'accès aux soins (couverture maladie, naissance ou IVG en France, désignation d'un médecin traitant).

Les femmes arrivées plus jeunes et depuis plus longtemps ont un recours accru à la contraception médicale. C'est aussi le cas des femmes qui exercent une activité qualifiée par rapport aux femmes inactives ou ayant un emploi peu qualifié. Cependant l'absence d'association avec le motif d'immigration, le niveau d'études, la langue utilisée dans la vie quotidienne, la pratique religieuse ou l'origine du conjoint ou partenaire va dans le sens d'un faible impact des facteurs sociaux ou culturels dans l'adoption de la contraception.

Le type de couverture maladie comme la désignation d'un médecin traitant n'affectent pas non plus la pratique contraceptive. En revanche, les femmes ayant accouché ou ayant eu une IVG en France sont plus susceptibles d'utiliser une contraception médicale (76 % et 88 % vs 50 % pour celles n'ayant pas eu de grossesse en France) et d'utiliser davantage des moyens contraceptifs de longue durée d'action (37 % vs 5 % respectivement). On retrouve également et comme en population générale une association positive entre une contraception efficace et le fait de se sentir en bonne santé, la protection vis-à-vis des grossesses non désirées par le contrôle de sa fécondité étant un élément majeur de la santé sexuelle et de la santé en général (Bajos et Bozon, 2008).

Les pratiques contraceptives telles qu'elles apparaissent parmi les femmes enquêtées dans Parcours indiquent que l'adhésion des femmes à la maîtrise de la fécondité rencontre après leur immigration un contexte favorable à l'appropriation de la contraception médicale. Ce n'est guère étonnant car, de façon générale, la faiblesse de l'offre, son manque de diversité et les difficultés d'accès sont considérés comme des facteurs contribuant à la faible utilisation de la contraception en Afrique (United Nations, 2015).

Les résultats observés ici peuvent être compris comme une familiarité avec l'offre contraceptive qui augmente dans le temps, renforcée par le contact avec les services de santé en obstétrique et gynécologie à l'occasion des accouchements ou des IVG. La proposition d'une contraception à la

Tableau 2. Facteurs associés à la contraception médicale versus non médicale parmi les femmes en besoin de contraception

	N = 135	%	RPa
Âge (années)			
18-29 ans	35	72 %***	1,48*
30-39 ans	50	87 %	1,44
40-49 ans	50	61 %	Ref
Nb d'enfants à l'enquête			
0	10	44 %	Ref
1 ou 2	53	74 %	1,84
> = 3	72	76 %	2,12*
Statut socioprofessionnel			
Inactive ou emploi peu qualifié	107	69 %	Ref
Emploi de qualification intermédiaire ou élevée	28	86 %	1,31*
Santé perçue			
Très bonne	26	89 %	1,24*
Bonne	58	72 %	Ref
Moyenne ou mauvaise	51	66 %	0,89
Temps passé en France			
0-6 ans	43	52 %	Ref
7 ans ou plus	92	80 %***	1,61***
Âge à l'arrivée			
Entre 15 et 27 ans	91	81 %*	1,45
28 ans ou plus	44	56 %	Ref
Vie reproductive en France			
Pas de grossesse	26	47 %	Ref
Avoir eu un enfant	84	76 %*	1,39
Avoir eu une IVG	25	88 %*	1,55

Champ : femmes du groupe de référence âgées de 18 à 49 ans, non stériles, sexuellement actives et non enceintes ou en recherche de grossesse.

Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions de Poisson.

Lecture : après prise en compte de l'âge et du nombre d'enfants, être en France depuis sept ans ou plus augmente la probabilité d'utiliser une méthode médicale par un facteur 1,61 ; absence d'association significative avec le niveau d'éducation, le type de relation, la langue parlée en famille, la pratique religieuse, le type d'assurance maladie, la désignation d'un médecin traitant, la raison d'immigration et l'utilisation d'une contraception avant l'immigration.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 % ; Ref : variable de référence ; RPa : rapport de prévalence ajusté sur l'âge et le nombre d'enfants.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

maternité fait partie de la prise en charge tant dans les recommandations françaises qu'internationales (Sénat *et al.*, 2015 ; World Health Organization, 2015) pour permettre l'espacement des naissances et prévenir les complications des naissances rapprochées (Conde-Agudelo, Rosas-Bermúdez et Kafury-Goeta, 2006), en particulier dans un contexte de complications plus fréquentes chez les femmes africaines (Philibert, Deneux-Tharaux et Bouvier-Colle, 2008).

Toutefois, les services de santé, dont les maternités, peuvent exercer une pression envers les usagères : c'est ce que suggérait une étude menée à Paris sur les pratiques envers les femmes maliennes, qui mettait en évidence une forte incitation à la contraception après l'accouchement, inscrite dans une désapprobation de ce qui est perçu comme une hyperfécondité (Sargent et Cordell, 2003 ; Sargent, 2006).

Comme observé par Poncet pour l'ensemble des femmes immigrées enquêtées dans l'étude TeO (Poncet *et al.*, 2013), le fait d'exercer une activité qualifiée augmente parmi les femmes africaines en France la probabilité d'utiliser une méthode médicale, alors que l'association avec le niveau d'études n'est pas observée ici. L'observation dans Parcours évoque donc plutôt un effet de socialisation qu'un effet de connaissance alors que les facteurs culturels, certes appréhendés d'une façon limitée ici (pratique religieuse, langue, homogamie ou mixité du couple), n'influencent pas le recours aux méthodes médicales de contraception.

L'absence de lien avec l'affiliation aux différents régimes d'assurance maladie va dans le sens d'un accès relativement aisé. En effet, la contraception en France est facilitée par une bonne accessibilité tant en termes de communication générale, de prise en charge par l'assurance maladie que d'implantation des centres de planification familiale. La gratuité des soins en prénatal, celle de l'IVG et de la contraception dans les centres de planification familiale favorisent aussi sans doute le niveau de la contraception dans cette population, malgré les difficultés administratives, financières et de santé, plus prégnantes dans les premières années suivant l'arrivée.

De nombreux auteurs ont étudié le rôle des normes qui encadrent le nombre idéal d'enfants et les pratiques de contraception dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Ces normes ont trait à la procréation, à la prégnance du primat du plaisir masculin, à la crainte des effets de la contraception médicalisée sur la fertilité pour les femmes qui n'ont pas encore été au bout de leur projet maternel, ou encore au contrôle social par la famille. Ces normes ne sont pas univoques, mais au contraire en tension dans des sociétés qui évoluent, en Afrique comme ailleurs (Bajos *et al.*, 2013). Ces normes ne sont pas forcément effacées, mais on fait ici l'hypothèse que la diversité des moyens disponibles, certains changements induits par la migration (mode de vie, poids moindre de la famille) et sans doute une information plus large permettent aux femmes de se saisir de

la contraception en levant des craintes sur les effets adverses qui peuvent exister lorsque l'information est insuffisante (United Nations, 2015).

Pour autant, dans un pays dont le slogan valorise le choix (« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », campagne Inpes de 2007, ou « La contraception qui vous convient existe », 2013), ce choix est-il ouvert aux femmes quant à la méthode la mieux adaptée à leurs relations, à leur sexualité et à leurs attentes ? La proportion plus importante d'utilisation de l'implant par rapport à l'ensemble des femmes en France interroge : s'agit-il d'une préférence des femmes ou d'un choix orienté par le médecin ? Si les méthodes à longue durée d'action sont plus efficaces (Blumenthal, Voedisch et Gemzell-Danielsson, 2011) et sans doute plus adaptées particulièrement aux femmes après l'accouchement (Pieh Holder, 2015 ; Sénat *et al.*, 2015), pourquoi dans ce cas une si faible utilisation du dispositif intra-utérin ? Longtemps réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants, celui-ci prend davantage de place aujourd'hui chez les plus jeunes et les femmes sans enfant en écho aux craintes suscitées par la pilule (Bajos, 2014). À l'inverse, l'implant mis sur le marché en 2001 n'a que peu de succès, avec moins de 3 % d'utilisatrices tous âges confondus en France en population générale (Moreau *et al.*, 2013). D'ailleurs, les recommandations de la Haute Autorité de santé en font une méthode de deuxième intention en raison des effets secondaires (saignements répétés, prise de poids) et de la fréquence élevée d'interruption de la méthode dès la première année (HAS, s. d. ; Madden *et al.*, 2010 ; Wong *et al.*, 2009). La préférence pour l'implant par rapport au dispositif intra-utérin peut tenir d'une attitude médicale basée sur le risque accru d'infection génitale chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et qui limiterait la proposition du dispositif intra-utérin. Ou encore faut-il y voir du côté des femmes une crainte par rapport à ce dispositif (peur du caractère invasif, crainte d'infertilité secondaire) : en Afrique subsaharienne, tous pays confondus, l'utilisation du dispositif intra-utérin était inférieure à 1 % en 2015 (United Nations, 2015).

L'implant est-il pour les femmes un choix renvoyant à l'expérience ou la connaissance de l'injection contraceptive relativement fréquente dans certains pays africains par sa facilité d'usage et le fait qu'elle puisse s'utiliser à l'insu du partenaire ? C'est le cas par exemple au Mali où parmi les 11 % de femmes utilisant une contraception moderne, 5 % ont recours à l'injection, les chiffres étant respectivement de 17 % et 6 % au Sénégal, mais seulement de 15 % et 3 % en Côte d'Ivoire (United Nations, 2015). Il est ainsi possible que l'implant réponde aux attentes ou à l'expérience des femmes vis-à-vis de la contraception injectable. Il est aussi possible que l'implant soit plus souvent proposé par les professionnels de santé aux femmes africaines, pour les mêmes raisons qui leur faisaient proposer la contraception injectable. Les travaux menés dans le passé sur la

contraception injectable suggèrent que cette méthode, contestée de longue date en raison de ses effets secondaires fréquents, était proposée en France aux femmes, dont le niveau d'instruction, la position sociale, la situation conjugale ou la répétition des grossesses étaient considérés comme autant de barrières à la prise quotidienne de la pilule (Bretin, 2004). En serait-il de même aujourd'hui avec l'implant, méthode certes beaucoup moins discutée ? D'autres études seraient nécessaires pour éclaircir ce point.

Conclusion

Arriver en France, retrouver son conjoint et faire famille ou venir en France autonome ou en « pionnière » puis rencontrer des partenaires et former couple et famille, dessinent des parcours différents dans la temporalité du besoin et de l'usage de la contraception. Les données ne permettent pas d'appréhender le rôle joué dans la diversité de ces parcours par la situation propre à chaque pays ou région d'origine en termes de religion, de rapports entre hommes et femmes, de type de famille, d'hétérogénéité entre villes et régions rurales, de politique de santé reproductive. Le niveau très élevé de la prévalence contraceptive montre cependant que cette diversité affecte peu l'adoption de la contraception, répondant ainsi à des aspirations préexistantes et qui ne trouvaient pas de réponse suffisante dans le pays d'origine. Pour autant si les méthodes disponibles sont très efficaces, elles ont aussi une efficacité qui pour la pilule ou le préservatif dépend d'une régularité rigoureuse au quotidien et de leur continuité dans la durée, faute de quoi elles peuvent aussi être prises en défaut.

L'adhésion des femmes africaines au modèle contraceptif existant en France est très forte et traduit à la fois l'accès facilité à la contraception et leur capacité à se saisir de cette ressource pour maîtriser leur fécondité. Il reste à s'assurer qu'elles bénéficient pleinement de la méthode qui correspond le mieux à leurs besoins.

Bibliographie

AFULANI P., ASUNKA J., 2015, « Socialization, adaptation, transnationalism, and the reproductive behavior of Sub-Saharan African migrants in France », *Population research and policy review*, 34, p. 561-592.

BAJOS N., 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et Sociétés*, 511.

BAJOS N., BOZON M., 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, Genre et Santé* (Inserm, Ined, ANRS), La Découverte, Paris.

- BAJOS N., TEIXEIRA M., ADJAMAGBO A., FERRAND M., GUILLAUME A., ROSSIE C., GEORGE K., 2013, « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans quatre pays africains », *Population*, vol. 68, 1, p. 17-39.
- BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., MOREAU C., 2012, « Contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, 492.
- BEAUCHEMIN C., BORREL C., RÉGNARD C., 2013, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population et Sociétés*, 502.
- BLUMENTHAL P.D., VOEDISCH A., GEMZELL-DANIELSSON K., 2011, « Strategies to prevent unintended pregnancy : increasing use of long-acting reversible contraception », *Human Reproduction Update*, 17, 1, p. 121-137.
- BONGAARTS J., CASTERLINE J., 2013, « Fertility transition : is Sub-Saharan Africa different ? », *Population and Development Review*, 38, p. 153-168.
- BRETTIN H., 2004, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 87-110.
- BRUTEL C., 2014, « Les immigrés récemment arrivés en France », *Insee Première*, n° 1524.
- CONDE-AGUDELO A., ROSAS-BERMÚDEZ A., KAFURY-GOETA A.C., 2006, « Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes : a meta-analysis », *The Journal of the American Medical Association*, 295, 15, p. 1809-1823.
- HAMEL C., PAILHÉ A., 2012, « Avoir des enfants en contexte migratoire », in C. BEAUCHEMIN, C. HAMEL et P. SIMON (dir.), *Trajectoires et origines*, op. cit., p. 323-349.
- HAMEL C., PAILHÉ A., LHOMMEAU B., SANTELLI E., 2012, « Former un couple en contexte multiculturel », in C. BEAUCHEMIN, Christelle HAMEL et Patrick SIMON (dir.), *Trajectoires et origines, enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, p. 291-311.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, s. d., « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : document à l'usage des professionnels », Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Saint-Denis.
- MADDEN T., ALLSWORTH J.E., HLADKY K.J., SECURA G.M., PEIPERT J.F., 2010, « Intra-uterine contraception in Saint Louis : a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes », *Contraception*, 81, 2, p. 112-116.
- MOREAU C., BOHET A., HASSOUN D., TEBOUL M., BAJOS N., FECOND WORKING GROUP, 2013, « Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France : results from three national surveys conducted between 2000 and 2010 », *Fertility and Sterility*, 100, 2, p. 451-458.
- PHILIBERT M., DENEUX-THARAUX C., BOUVIER-COLLE M.-H., 2008, « Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be

explained by suboptimal obstetric care ? », *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 115, 11, p. 1411-1418.

PIEH HOLDER K.L., 2015, « Contraception and breastfeeding », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58, 4, p. 928-935.

PONCET L.C., HUANG N., REI W., LIN Y.-C., CHEN C.-Y., 2013, « Contraceptive use and method among immigrant women in France : relationship with socioeconomic status », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 6, p. 468-479.

SARGENT C.F., 2006, « Reproductive strategies and Islamic discourse : Malian migrants negotiate everyday life in Paris, France », *Medical Anthropology Quarterly*, 20, 1, p. 31-49.

SARGENT C., CORDELL D., 2003, « Polygamy, disrupted reproduction, and the state : Malian migrants in Paris, France », *Social Science & Medicine* (1982), 56, 9, p. 1961-1972.

SÉNAT M.-V., SENTILHES L., BATTUT A., BENHAMOU D., BYDLOWSKI S., CHANTRY A., DEFFIEUX X., DIERS F., DORET M., DUCROUX-SCHOUWEY C., FUCHS F., GASCOIN G., LEBOT C., MARCELLIN L., PLU-BUREAU G., RACCAH-TEBEKA B., SIMON E., BRÉART G., MARPEAU L., 2015, « [Post-partum : Guidelines for clinical practice--Short text] », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 44, 10, p. 1157-1166.

TRUSSELL J., 2011, « Contraceptive efficacy », PhD, Office of Population Research, Princeton University, Princeton, New Jersey.

UNITED NATIONS, 2015, « Trends-World-Contraceptive-Use-2015_formats-updated20160224.docx – trendsContraceptiveUse2015Report.pdf ».

WONG R.C., BELL R.J., THUNUGUNTLA K., MCNAMEE K., VOLLENHOVEN B., 2009, « Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users », *Contraception*, 80, 5, p. 452-456.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, « Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition ».

Recours à l'avortement : changements autour de la migration

Flávia Bulegon Pilecco et Agnès Guillaume

La migration amène des changements dans les conditions de vie des populations migrantes, dans leur accès aux services de santé et dans les normes sociales. Tous ces changements peuvent retentir sur les comportements reproductifs. Les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en France viennent en particulier de pays où les niveaux de fécondité sont élevés (en moyenne 5 enfants par femme) (Bongaarts et Casterline, 2013) et arrivent en France où les femmes ont en moyenne 2 enfants (Mazuy *et al.*, 2016). Les accès à la contraception et à l'avortement¹ sont très différents entre les pays d'origine et la France tant en termes de conditions légales que de coût ou de disponibilité.

La plupart des pays africains ont des lois relatives à l'avortement très restrictives (Center for Reproductive Rights, 2017). Il est autorisé à la demande dans seulement deux pays d'Afrique subsaharienne (le Cap-Vert, l'Afrique du Sud) et restreint à certaines causes dans les autres (sauver la vie de la femme, ou préserver sa santé physique ou mentale, en cas de viol et d'inceste et, plus rarement, pour des raisons socioéconomiques). À ces restrictions s'ajoutent la nécessité d'obtenir des autorisations légales, médicales et familiales et des contraintes fortes sur les durées de grossesses (Guillaume, 2009). La majorité des avortements sont donc pratiqués illégalement et dans des conditions à risque (Sedgh *et al.*, 2012), ce qui fait de l'avortement une des principales causes de décès maternels en Afrique (Shah et Ahman, 2009).

1 Ici nous analyserons le recours à l'avortement ou interruption volontaire de grossesse (IVG).

Malgré ces risques, la pratique de l'avortement est fréquente : Sedgh *et al.* (2016) estiment qu'entre 2010 et 2014, chaque année, environ 15 % des grossesses ont été interrompues par un avortement en Afrique, une proportion qui varie de 12 à 24 % selon les régions. L'avortement est ainsi, malgré son caractère clandestin, utilisé au même titre que la contraception et a largement contribué à la baisse de la fécondité dans les 30 dernières années dans les pays africains (Desgrées Du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003).

En France, la situation est différente puisque l'avortement est légal depuis 1975. La loi a subi des changements successifs pour en améliorer l'accès, tels que l'allongement du délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse, la suppression du consentement parental pour les mineures, un accès simplifié pour les femmes étrangères (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, p. 365). La loi de 2016 simplifie l'accès puisqu'elle stipule que « toutes les femmes disposent en France des mêmes droits d'accès à l'IVG ». Elle précise que pour les femmes étrangères résidant en France depuis trois mois ininterrompus et qui ne bénéficient pas de la sécurité sociale ou de la Couverture maladie universelle (CMU), l'IVG peut être prise en charge à 100 % par l'aide médicale d'urgence (AME). Pour les femmes qui ne peuvent justifier d'une résidence en France depuis trois mois, les dépenses relatives à l'IVG sont systématiquement prises en charge par l'État au titre des soins dits « urgents ».

En termes épidémiologiques, en France, au cours de leur vie féconde, un tiers des femmes ont eu au moins un avortement, et il y a 26 avortements pour 100 naissances vivantes (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014), un recours qui ne s'explique pas par un défaut de contraception puisque seulement 3 % des femmes n'utilisent pas de contraception (Vilain et Mouquet, 2014).

Comment évolue le recours à l'avortement chez les femmes africaines qui viennent de pays où l'avortement est très utilisé, mais de façon clandestine, et qui arrivent en France, où l'IVG est légale, gratuite et accessible ? Les quelques études disponibles sur le recours à l'avortement chez les migrantes en Europe semblent suggérer que les taux d'avortement des femmes migrantes, y compris pour les femmes venues de pays africains, sont plus élevés que ceux des femmes natives de ces pays (Fedeli *et al.*, 2010 ; Helström *et al.*, 2003 ; Malin et Gissler, 2008 ; Orjuela, Ronda et Regidor, 2009 ; Perez *et al.*, 2014). Selon ces études, la cause la plus probable de cette augmentation du taux d'avortement en situation d'immigration est que ces immigrantes sont plus jeunes, pauvres, souvent sans emploi, avec un faible niveau de scolarité, un nombre élevé d'enfants, un réseau social affaibli, qu'elles ne vivent pas en union et ont des difficultés à accéder aux services de santé (Fedeli *et al.*, 2010 ; Helström *et al.*, 2003 ; Perez *et al.*, 2014). Une autre explication possible serait que l'arrivée dans un pays d'accueil où la fécondité est basse modifie le désir d'enfants et la

ENCADRÉ. Recueil de l'information sur le recours à l'avortement ou interruption volontaire de grossesse (IVG)

Durant l'enquête, on a interrogé les femmes sur toutes les grossesses qu'elles avaient eues durant leur vie, en commençant par les enfants qu'elles avaient eus. Pour chaque grossesse qui ne s'était pas terminée par une naissance vivante, les questions suivantes ont été posées :

« *Maintenant, parlons de toutes les autres fois où vous avez été enceinte, et où la grossesse ne s'est pas terminée par une naissance.* »

« *Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?* » Si la réponse était positive, était demandé : « *En quelle année a eu lieu la première grossesse de ce type ?* », puis pour chaque grossesse : « *S'agit-il d'un avortement provoqué (IVG), d'un avortement spontané (ou fausse couche) ou d'un enfant mort-né ?* »

Ensuite on interrogeait ces femmes sur leur désir de cette grossesse : « *Au moment où cette grossesse a débuté, vouliez-vous être enceinte ?* » et sur leur pratique contraceptive : « *Au moment où la grossesse a débuté, faisiez-vous ou votre partenaire quelque chose pour éviter une grossesse ?* » (réponse oui/non).

Puis l'information était collectée pour chaque grossesse de ce type.

perception de la taille idéale de la famille et donc incite les migrantes à réguler leur fécondité (Afulani et Asunka, 2015).

Dans ce chapitre, nous examinons le recours à l'avortement chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France, à partir du groupe de référence de l'enquête Parcours. Nous décrivons la proportion des femmes qui ont eu au moins un avortement au cours de leur vie, selon les caractéristiques des femmes. Comme la collecte biographique a permis de dater les différentes grossesses, y compris celles qui se sont terminées par un avortement (cf. encadré), nous retraçons l'évolution de la proportion des grossesses terminées par un avortement avant et après la migration, et nous analysons l'effet des caractéristiques des grossesses sur cette évolution.

Le recours à l'avortement au cours de la vie

Parmi les femmes interrogées dans Parcours (tableau 1), plus d'un tiers (34 %) ont déclaré avoir eu au moins une IVG au cours de leur vie reproductive. Cette proportion peut être sous-estimée à cause de la sous-déclaration de ce type d'événement dans les enquêtes en population générale, comme cela a été constaté dans certains travaux aussi bien dans les pays du Nord que du Sud (Moreau *et al.*, 2004).

Ce niveau de recours à l'avortement est similaire à celui trouvé par Mazuy *et al.* (2014) qui à partir de l'analyse des bulletins officiels estiment

Tableau 1. Proportion de femmes ayant eu au moins un avortement provoqué au cours de leur vie, selon les caractéristiques des femmes et le contexte de leur migration

Caractéristiques migratoires	% (N)	p-valeur
Raisons de la migration		
Raisons familiales	27 (38)	X
Tenter sa chance/trouver du travail/études	40 (47)	
Menacée dans son pays/Raisons de santé	38 (32)	
Réseau social à l'arrivée		
Rejoint son conjoint en France	25 (24)	*
Rejoint de la famille (sans conjoint)	44 (62)	
Rejoint seulement des amis ou connaissances (ni famille ni conjoint)	33 (17)	
Ne connaît personne	34 (14)	
Caractéristiques de la femme au moment de l'enquête		
Âge à l'enquête		
18-34 ans	35 (36)	n.s.
35-44 ans	38 (42)	
45-49 ans	30 (39)	
Éducation		
Aucune/primaire	24 (12)	n.s.
Secondaire	36 (68)	
Supérieur	39 (37)	
Nombre de partenaires au cours de la vie		
1 partenaire	8 (6)	***
2-4 partenaires	24 (39)	
5-10 partenaires	56 (44)	
11 partenaires ou plus	64 (28)	
Total	34 (117)	

Champ : femmes du groupe de référence qui ont eu au moins une grossesse durant leur vie (n = 364).

Lecture : 27 % des femmes venues en France pour raisons familiales ont eu au moins un avortement au cours de leur vie.

Légende : significativité : n.s. : non significatif, X : $p < 0.10$, * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$.

Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

qu'en France un tiers des femmes ont eu au moins une fois recours à l'avortement au cours de leur vie, mais inférieur à celui constaté dans l'enquête auprès des populations migrantes en Île-de-France où 43 % des femmes

avaient déclaré au moins une interruption de grossesse au cours de leur vie reproductive (Lydié, 2007). Cependant, la population interrogée dans cette étude était plus jeune et plus instruite que notre population d'étude.

L'analyse des conditions de la migration montre que les femmes qui ont migré en France pour des raisons économiques, pour poursuivre des études ou parce qu'elles se sentaient menacées dans le pays d'origine ont plus fréquemment interrompu une grossesse que celles qui ont migré pour rejoindre un membre de leur famille (38 et 40 % vs 27 %). Une grossesse peut être incompatible avec leurs projets professionnels ou scolaires ; par contre, on peut penser que les femmes qui migrent pour des raisons familiales sont dans des projets de constitution d'une famille. D'ailleurs, celles qui ont migré pour rejoindre un partenaire ont un plus faible recours à l'avortement (25 %) que celles qui viennent rejoindre d'autres membres de la famille ou des amis (33 %).

Le nombre de partenaires au cours de la vie est associé au fait de pratiquer une IVG : ainsi les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie ont moins souvent avorté (8 %) que celles qui en ont eu entre 2 et 4 au cours de leur vie (24 %) ou celles qui en ont eu 5 et plus (pour lesquelles 50 % et plus ont connu au moins un avortement au cours de leur vie). Ce résultat est similaire aux conclusions de l'étude auprès des migrants en Île-de-France où il était montré que, parmi les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie, seulement 21 % ont déclaré avoir eu au moins un avortement, tandis que plus de la moitié (53 %) de celles qui ont eu 4 partenaires ou plus se trouvaient dans cette situation (Lydié, 2007). Un nombre élevé de partenaires correspond à des relations plus instables, de courte durée, qui s'inscrivent plus rarement dans des projets de parentalité.

L'âge au moment de l'enquête et le niveau d'éducation ne sont pas associés à la pratique d'IVG dans la population étudiée.

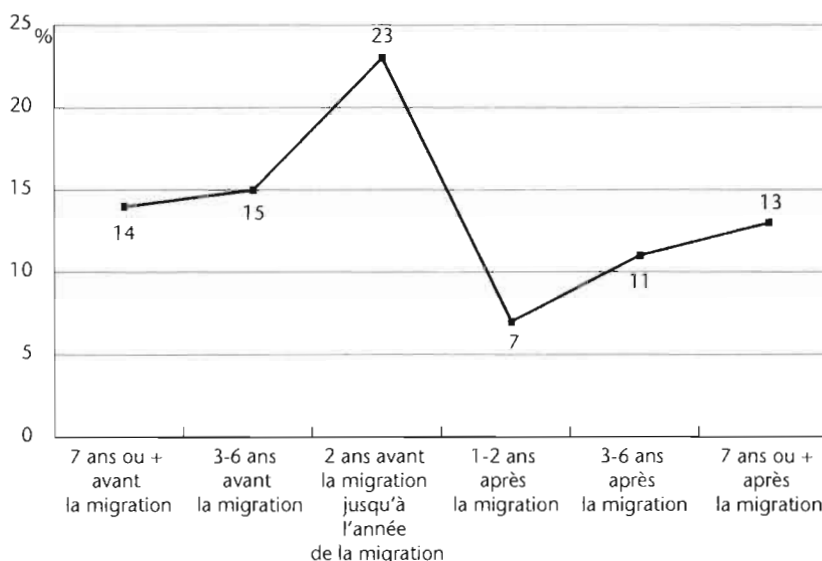
L'évolution de la pratique de l'avortement dans le contexte de la migration

La figure 1 permet de situer la pratique de l'avortement dans la vie des femmes et par rapport à leur parcours migratoire.

L'analyse des proportions de grossesses terminées par un avortement² selon la période de la migration permet de cerner les évolutions de l'intensité de cette pratique dans le parcours migratoire des femmes (figure 1).

2 Il s'agit de la proportion de grossesses interrompues par un avortement par rapport aux grossesses qui ont eu d'autres issues (fausses couches, mort-nés ou naissances vivantes).

FIGURE 1. Proportion de grossesses terminées par un avortement selon le moment de la grossesse par rapport à la migration



Champ : grossesses des femmes du groupe de référence.

Lecture : 7 % des grossesses survenues dans la période 1-2 ans après la migration ont été interrompues par un avortement.

Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

La pratique de l'avortement reste relativement stable dans les périodes antérieures à la migration, ainsi 14 % des grossesses survenues sept ans ou plus avant la migration ont été interrompues, et cette proportion passe à 15 % pour les grossesses survenues entre six et trois ans avant la migration. Par contre, les grossesses qui arrivent dans les deux ans avant la migration sont plus fréquemment interrompues (23 %).

Après la migration, le recours à l'avortement diminue drastiquement puisque seulement 7 % des grossesses sont interrompues pendant les deux ans qui suivent la migration. Cette proportion connaît ensuite une hausse à 11 %, trois à six ans après la migration pour atteindre 13 % dans les sept années ou plus suivant la migration.

Ainsi, l'avortement semble être utilisé comme un moyen de contrôle de la fécondité au cours de la période qui précède immédiatement la migration, notamment dans un scénario dans lequel l'accès aux moyens contraceptifs médicalisés est limité, comme c'est le cas dans les pays d'origine. Ce résultat correspond aux conclusions de l'étude menée par l'Insee (2012) qui montre que les femmes migrantes ont un taux de fécondité très bas avant la migration, suivi d'un taux élevé dans l'année d'arrivée

ou l'année suivante. Le projet migratoire peut retarder la maternité, alors qu'au contraire les femmes qui viennent pour rejoindre leur conjoint en France peuvent vouloir avoir un enfant rapidement après leur arrivée. Le contrôle avant la migration peut être motivé par la difficulté de se déplacer avec un enfant en bas âge, notamment pour des raisons administratives comme l'obtention de visa, la difficulté à s'adapter à de nouvelles conditions de vie avec un enfant et l'incompatibilité du projet migratoire avec la prise en charge d'un jeune enfant, en particulier lorsque la femme arrive en France pour faire des études ou trouver un travail.

Le tableau 2 présente la proportion des grossesses terminées par un avortement (par rapport à l'ensemble des grossesses), avant la migration puis après la migration, selon certaines caractéristiques de la grossesse : le moment de la vie de la femme auquel elle survient (son âge, si elle a eu déjà des grossesses ou des enfants, sa situation conjugale), et l'attitude de la femme par rapport à cette grossesse (était-elle désirée ou planifiée, est-elle arrivée à la suite d'un échec de contraception). La dernière colonne du tableau indique si, pour les grossesses terminées par un avortement, pour une caractéristique donnée, ces variations changent de façon significative après la migration, par rapport à la situation avant la migration.

Parmi les grossesses qui se sont produites avant la migration, 16 % ont été terminées par une IVG, alors qu'après la migration seulement 11 % ont été interrompues (tableau 2).

Avant la migration, le recours à l'avortement est plus fréquent pour les premières grossesses, lorsque la femme n'est pas en union stable et lorsque la grossesse n'était pas désirée. La première grossesse est plus souvent terminée par une IVG (19 %) que les grossesses des rangs supérieurs (14 %). Le recours à l'avortement est aussi beaucoup plus fréquent pour les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant que pour celles qui ont eu trois enfants ou plus (21 % vs 11 %). L'avortement paraît donc utilisé comme un moyen de retarder l'entrée en parentalité pour les jeunes femmes, notamment quand ces grossesses surviennent hors union, comme cela a déjà été constaté dans différents pays d'Afrique (Guillaume, 2003 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; N'bouke, Calvès et Lardoux, 2012). Après la migration, la situation est tout autre : l'avortement est plus utilisé chez les femmes qui ont déjà au moins deux enfants. Il intervient donc là plutôt comme un moyen de limiter la descendance, une fois le nombre d'enfants désiré atteint.

L'influence de la situation conjugale est elle aussi très différente avant et après la migration : avant la migration, l'avortement est trois fois plus fréquent chez les femmes qui ne sont pas dans une relation stable exclusive (c'est-à-dire qui ont plus d'un partenaire ou des relations occasionnelles). Après l'arrivée en France, la tendance se maintient, mais la différence selon la situation conjugale n'est plus significative.

Ainsi, il semble que les grossesses hors union sont mieux acceptées en France qu'en Afrique. La proportion de grossesses interrompues reste cependant de 22 % en cas de grossesses hors union stable après l'arrivée en France, résultat cohérent avec des études précédentes (Lydié, 2007) où à un nombre élevé de partenaires et à des relations instables est associée une pratique plus fréquente du recours à l'avortement, comme décrit précédemment. Un constat similaire a été fait dans différentes études en Amérique latine comme en Afrique, montrant que les femmes engagées dans des relations occasionnelles ou sans avenir recouraient plus fréquemment à l'avortement que celles qui vivaient dans des relations stables (Adjamagbo *et al.*, 2015 ; Aliaga Bruch et Machicao Barbery, 1995 ; Bury *et al.*, 2012 ; Guillaume et Lerner, 2009).

Avant comme après la migration, les femmes qui ont déjà eu un avortement ont plus tendance à interrompre une grossesse. Cette tendance est plus marquée dans le pays d'origine, ce qui est sans doute à mettre en lien avec un accès plus difficile à la contraception dans les pays d'origine qu'en France. De plus, en Afrique, la grande majorité de ces avortements se font dans la clandestinité, soit par les femmes elles-mêmes en automédication, soit par des personnels parfois non qualifiés, et ne bénéficient donc d'aucun conseil ni de prescription de contraception post-abortum, ce qui les expose à des risques de répétition de ces avortements (Guillaume et Molmy, 2003).

Après la migration, les grossesses qui ont débuté suite à un échec contraceptif terminent plus souvent par un avortement (22 % contre 9 % chez les femmes qui n'utilisaient pas de contraception), alors que la différence de recours à l'avortement selon l'utilisation ou pas d'une contraception au début de la grossesse n'était pas significative avant la migration. Ces résultats sont cohérents avec la forte pratique d'une contraception médicale décrite au chapitre précédent : après leur arrivée en France, les femmes utilisent la contraception, de façon efficace, beaucoup plus qu'elles ne pouvaient le faire dans leurs pays d'origine. En cas d'échec de la contraception, elles recourent à l'IVG, cette pratique étant accessible, légale et sans danger. Ainsi, de la même façon que les Africaines ont adopté les pratiques contraceptives des Françaises (chapitre 14), elles utilisent de plus en plus, comme les Françaises, l'avortement en deuxième intention (Bajos *et al.*, 2004), lorsque la contraception a failli, et non pas, comme dans certaines situations en Afrique, à la place de la contraception (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

Par contre, quelle que soit la situation des femmes par rapport à la migration, le fait que la grossesse ne soit pas désirée est le marqueur le plus fort de la pratique de l'IVG : parmi les grossesses non désirées, 54 % des grossesses avant la migration et 65 % après la migration sont interrompues. Quand la grossesse est déclarée comme seulement « non planifiée », cette proportion est divisée par cinq. Cependant, il faut tenir compte du caractère

Tableau 2. Proportion des grossesses terminées par un avortement avant et après la migration (nombre d'avortements pour 100 grossesses)

Caractéristiques au moment de la grossesse	Grossesses terminées par une IVG avant la migration ¹ % (N)	p-valeur ²	Grossesses terminées par une IVG après la migration % (N)	p-valeur ²	Comparaison IVG avant vs IVG après la migration p-valeur ³
Âge à la grossesse					
Avant 25 ans	18 (61)	n.s.	14 (20)	n.s.	***
25-34 ans	14 (35)		10 (41)		
35 ans et plus	9 (5)		10 (19)		
Rang de la grossesse					
Rang 1	19 (45)	*	10 (14)	n.s.	***
Rang 2 ou plus	14 (56)		11 (66)		
Utilisation de la contraception au moment du début de la grossesse					
Non	15 (88)	n.s.	9 (52)	**	**
Oui	27 (13)		22 (28)		
Désir de grossesse					
Planifiée/désirée	2 (8)	***	3 (14)	***	n.s.
Non planifiée	13 (16)		12 (15)		
Non désirée	54 (77)		65 (51)		

La femme était en union stable exclusive⁴ au moment de la grossesse					
Oui	12 (64)	***	10 (71)	n.s.	**
Non	34 (37)		22 (9)		
Avortement provoqué avant la grossesse considérée					
Non	13 (72)	**	8 (41)	**	*
Oui	29 (29)		23 (37)		
Nombre d'enfants au moment de la grossesse					
0	21 (58)	*	9 (17)	***	***
1-2	12 (30)		10 (38)		
3 +	11 (13)		15 (25)		
Total	16 (101)		11 (80)		²

Champ : grossesses chez les femmes du groupe de référence (avant migration : n = 648 ; après migration : n = 729).

Légende : proportion des grossesses terminées par un avortement (ou IVG) sur l'ensemble des grossesses. 1. Y compris l'année de la migration.

2. Au dénominateur : toutes les grossesses quelle que soit l'issue. 3. Au dénominateur : les grossesses dont l'issue est un avortement. 4. Relation stable exclusive si la femme est dans une relation longue sans autres relations (occasionnelles ou transactionnelles).

Lecture : avant la migration, 19 % des grossesses de rang 1 ont été interrompues par un avortement. Après la migration, 10 % des grossesses de rang 1 ont été interrompues. Les variations de fréquence d'avortement selon le rang de la grossesse ont significativement changé après la migration par rapport à avant, p = *** (dernière colonne).

Légende : significativité à n.s. : non significatif, X : p < 0.10, * : p < 0.05, ** : p < 0.01, *** : p < 0.001.

Source : ANRS-Parcours, 2012-2013.

rétrospectif de la question, ce qui peut impliquer la redéfinition du désir de la grossesse, en fonction de son issue.

Conclusion

La migration amène des changements dans la vie reproductive des femmes et en particulier dans leur mode de régulation de la fécondité. Comme cela a été montré dans le chapitre précédent, ces femmes migrantes adoptent des comportements contraceptifs proches des femmes françaises avec des niveaux de prévalence équivalents, même si elles ne recourent pas au même type de méthodes. Leur recours à l'avortement change également. Ainsi, même si dans leur pays d'origine l'accès légal à l'avortement est restreint, elles n'hésitent pas à y recourir en s'exposant à des risques sociaux et sanitaires, un recours qui s'explique par une demande non satisfaite de contraception couplée à une possible réprobation des grossesses hors union et la difficulté à élever un enfant dans certaines situations socioéconomiques.

À partir d'histoires de vie collectées dans l'étude *Parcours*, nous montrons une augmentation de la pratique de l'avortement juste avant la migration, le projet migratoire s'avérant parfois difficilement compatible avec la maternité. Après la migration en France, où l'accès à la contraception et la planification familiale est facile, les femmes ont toujours recours à l'avortement, mais dans des proportions moindres. L'avortement peut être utilisé, en cas d'échec de la contraception, comme un outil d'ajustement à un modèle de famille plus restreint, et dans une perspective de maîtrise de la fécondité : en effet, ces femmes en provenance d'Afrique subsaharienne ont environ 2,9 enfants (Insee, 2012), soit un niveau de fécondité inférieur à bien des pays africains.

La migration confronte aussi à un univers normatif différent de celui du pays d'origine sur la sexualité, les unions et la parentalité, qui peut faciliter l'acceptation des relations qui ne s'inscrivent pas dans un projet d'union et l'acceptation des grossesses hors mariage. Mais on constate malgré tout que le type de relation entretenue avec le partenaire joue un rôle important dans le devenir de la grossesse. Ainsi on peut penser que, même si les situations familiales évoluent, la norme de la fécondité au sein d'une union stable est une valeur qui reste prégnante pour ces femmes.

Enfin, les femmes sont dans des moments différents de leur cycle de vie avant ou après la migration, ce qui joue sur le type de recours à l'avortement : avant la migration, les femmes sont en début de vie féconde, lorsqu'elles recourent à l'avortement c'est pour retarder l'entrée en parentalité, en particulier dans un contexte où les grossesses hors mariage sont socialement stigmatisées et lorsqu'elles ne sont pas dans une relation qui permette d'envisager de fonder une famille. Par contre, le scénario est différent après la migration,

où l'avortement est plutôt utilisé par les femmes en fin de vie féconde qui cherchent à limiter leur descendance une fois la parité souhaitée atteinte, et qui donc se tourneront vers l'avortement en cas d'échec de contraception.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A., GUILLAUME A., BAKASS F., Équipe ECAF, 2015, « Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal », *Working Papers du Ceped*, Ceped, Paris.
- AFULANI P.A., ASUNKA J., 2015, « Socialization, adaptation, transnationalism, and the reproductive behavior of Sub-Saharan African migrants in France », *Population Research and Policy Review*, 34, 4, p. 561-592.
- ALIAGA BRUCH S., MACHICAO BARBERY X., 1995, *El aborto : una cuestión no sólo de mujeres*, Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, La Paz (Bolivie).
- BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis trente ans », *Population et sociétés*, 407, p. 4.
- BONGAARTS J., CASTERLINE J., 2013, « Fertility transition : is sub-Saharan Africa different ? », *Population and Development Review*, 38, p. 153-168.
- BURY L., ALIAGA BRUCH S., MACHICAO BARBERY X., GARCIA PIMENTEL F., 2012, « Hidden realities : what women do when they want to terminate an unwanted pregnancy in Bolivia », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, p. S4-S9.
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2017, « The World's Abortion Laws Map 2017 », Center for Reproductive Rights.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I., WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, p. 427-446.
- FEDALI U., ALBA N., LISIERO M., ZAMBON F., AVOSSA F., SPOLAORE P., 2010, « Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89, 11, p. 1432-1437.
- GUILLAUME A., 2009, « L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences » in GOURBIN C., MASUY-STROOBANT G., MOREAU L., SCHOUMAKER B., TABUTIN D., WUNSCH G. (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, Presses universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve, p. 357-381.
- GUILLAUME A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 58, 6, p. 741-772.
- GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire : contraception, abortion or both ? », *International Family Planning Perspectives*, p. 159-166.

- GUILLAUME A., LERNER S., 2009, « Les hommes face à l'avortement en Amérique latine », in ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A. (dir.), *Autrepart*, 52, p. 65-80.
- GUILLAUME A., MOLMY W., 2003, *L'Avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*, Ceped, Paris.
- HELSTRÖM L., ODLIND V., ZÄTTERSTRÖM C., JOHANSSON M., GRANATH F., CORREIA N., EKBOM A., 2003, « Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 31, 6, p. 405-410.
- INSEE, 2012, « Immigrés et descendants d'immigrés en France », *Insee référence*.
- LYDIÉ N. (dir.), 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida*, Inpes, Paris (Études Santé), 160 p.
- MALIN M., GISSLER M., 2008, « Finnish journal of ethnicity and migration », *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, 3, 1, p. 2.
- MAZUY M., BARBIERI M., BRETON D., ALBIS H. D', 2016, « L'évolution démographique récente de la France : baisse de la fécondité, augmentation de la mortalité », *Population*, 71, 3, p. 423.
- MAZUY M., TOULEMON L., BARIL É., 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population*, 69, 3, p. 365-398.
- MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., ÉQUIPE COCON, 2004, « De la confusion de langage à l'oubli. La déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 59, 3/4, Ined, Paris, p. 503-517.
- N'BOUKE A., CALVÈS A.-E., LARDOUX S., 2012, « Le recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) », *Population*, 67, 2, p. 357-385.
- ORJUELA M., RONDA E., REGIDOR E., 2009, « Contribución de la inmigración al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo », *Medicina Clínica*, 133, 6, p. 213-216.
- PÉREZ G., RUIZ-MUNOZ D., GOTSSENS M., CASES M.C., RODRIGUEZ-SANZ M., 2014, « Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors », *The European Journal of Public Health*, 24, 1, p. 162-169.
- SEDGH G., BEARAK J., SINGH S., BANKOLE A., POPINCHALK A., GANATRA B., ROSSIER C., GERDTS C., TUNÇALP Ö., JOHNSON B.R., JOHNSTON H.B., ALKEMA L., 2016, « Abortion incidence between 1990 and 2014 : global, regional, and subregional levels and trends », *The Lancet*, 388, 10041, p. 258-267.
- SEDGH G., SINGH S., SHAH I.H., AHMAN E., HENSHAW S. K., BANKOLE A., 2012, « Induced abortion : incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, 379.
- SHAH I., AHMAN E., 2009, « Unsafe abortion : global and regional incidence, trends, consequences, and challenges », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31, 12, p. 1149-1158.
- VILAIN A., MOUQUET M.-C., 2014, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », *Études et résultats*, 884, p. 6.

*Parcours : archives du corps
et leçons politiques d'un défi scientifique*

Fred Eboko

« C'est quoi ce pays de merde ?!!! » C'est le cri lancé par Christophe Martet, président d'Act-Up Paris, lors de la soirée du Sidaction du 6 juin 1996. Il est sur un plateau qui réunit les principales chaînes de télévision pour cette grande manifestation dédiée à la récolte de fonds pour la lutte contre le sida. Christophe Martet est invité pour parler de lui, gay et militant, « séropo » avec son copain séronégatif. Au moment de prendre la parole pour parler des couples sérodiscordants, le militant change d'avis. « Il y a un avion pour le Zaïre mardi, elle a un gamin malade dans un hôpital français, si on n'est pas là mardi avec elle à la préfecture elle va se faire expulser ! » Il s'arrête et reprend : « C'est quoi ce pays de merde ?!!! » Après un silence de quelques secondes, il tance le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy : « Vous êtes un assassin ! » Il quitte le plateau.

Pour la première fois, le problème de la situation administrative des immigrés africains infectés par le VIH est porté sur la place publique, au cours d'une soirée qui s'annonçait consensuelle. Le lendemain, les commentaires des médias parlent d'« émotion », de « dérapages » pour résumer ce qui restera le premier événement positif et public pour la prise de conscience des exclusions dont sont victimes certains immigrés, les prisonniers, les enfants, les toxicomanes. De la part d'un militant gay séropo, c'est le signe précurseur d'une lente action de « salubrité publique », non linéaire. Il convient de rendre à César ce qui lui appartient. Dans le registre du combat pour la prise de conscience que soigner vaut mieux que chasser, Jules César s'appelle Christophe Martet et nous pouvons soutenir en guise d'introduction à ce propos sur les archives du corps que l'enquête

Parcours est une réponse scientifique à l'appel lancé en pleine nuit par Christophe Marquet. Ce cri et cette étude, distants de près de quinze ans, sont reliés par une chaîne qui rappellent d'autres mots d'un grand acteur de la lutte contre le sida, Jonathan Mann, dont les mots peuvent servir de fil d'Ariane aux leçons de Parcours sur lesquelles ce chapitre voudrait revenir. « Le non-respect des droits des uns est une menace pour nous et pour nos propres droits » (Mann, 1996). Entre l'« invisibilisation » de la gravité de l'épidémie à VIH chez les migrants subsahariens pendant une décennie, la peur de la stigmatisation de la part de ceux qui savaient (les professionnels de santé) et les crispations politiques autour de l'« immigration », les immigrés en provenance d'Afrique au sud du Sahara ont représenté depuis les années 1990 le fruit mûr d'une morbide concaténation. Les trois raisons de la réticence à nommer et à médiatiser le problème du sida chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne furent légitimes : le souci d'éviter la stigmatisation, celui de respecter l'égalité républicaine et la faible mobilisation des communautés concernées. Ces raisons sont aussi à l'origine de la quasi-absence d'études sur ce sujet. Comme l'écrivait Philippe Lamoureux, alors directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé :

Les populations étrangères vivant en France sont trop longtemps restées absentes des programmes de recherche sur le sida et des politiques de prévention. Cette absence avait ses justifications. La première – qui nous a privés de chiffres pendant tant d'années – a été la crainte de voir stigmatiser ces populations [...]. La deuxième renvoie au principe d'égalité républicaine cher à notre pays qui reconnaît les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Enfin, la troisième raison tient au fait qu'à la différence d'autres communautés qui ont su s'organiser pour exprimer leurs attentes et défendre leurs droits dans l'espace public, les populations issues de l'immigration sont longtemps restées dispersées et ne se sont que plus tardivement mobilisées sur cette question. (Lamoureux, 2007, p. 15.)

Depuis, des travaux d'envergure ont été menés dans le but de « comprendre pour agir ». Un des premiers a été l'étude sur les comportements, attitudes et pratiques des migrants africains en Île-de-France (Lydié, 2007) dont la phrase de Philippe Lamoureux citée ci-dessus ouvrait la préface. L'étude *Parcours*, près de dix ans plus tard, vient éclairer avec de nouvelles données l'enjeu sanitaire et social du sida chez les immigrés africains en Île-de-France. De prime abord, ce texte prend le parti de présenter les contextes de départ des parcours migratoires afin de mieux appréhender les mutations sociales, économiques et politiques africaines dans lesquelles ils ont puisé l'énergie de partir. Ensuite, ce chapitre propose d'analyser la production de la précarité que subissent ces personnes à leur arrivée dans le pays d'accueil, la France. Il éclaire enfin la confrontation entre le

monde de la santé publique qui endosse le rôle d'un pôle de protection voire d'intégration sociale, face aux desseins de régulation autoritaire des flux migratoires portés par le ministère de l'Intérieur. Dans le contexte de cette contradiction politique, l'étude *Parcours* permet de mettre en exergue le fait que la santé constitue un éclairage particulièrement vif des conditions de vie des populations immigrées et des raisons collectives et pragmatiques d'agir pour leur amélioration.

Les contextes de départ des parcours migratoires

L'immigration de l'Afrique subsaharienne a connu des modifications liées concomitamment à la crise économique des années 1980 et 1990 et à la logique des filières migratoires qui lient cette région du monde à l'ancienne puissance coloniale. Bien que la pandémie du sida soit contemporaine de cette crise économique (Eboko, 2015), l'infection à VIH a joué peu de rôle dans la dynamique des migrations de l'Afrique vers la France. Les zones les plus affectées par le VIH en Afrique (l'Afrique australe et l'Afrique orientale) ne « fournissent » qu'une petite minorité des migrants venus d'Afrique subsaharienne, qui viennent beaucoup plus d'Afrique centrale et occidentale.

Crise économique, mutations sociales et résilience dans les pays d'origine

D'où viennent les immigrés subsahariens dont il est question dans cet ouvrage ? Quels sont les contextes sociaux, économiques et politiques auxquels ils ont fait face et dans lesquels le projet migratoire a pris forme ?

Au début des années 1980, le Fonds monétaire international et la Banque mondiale ont construit de nouveaux protocoles pour répondre à la faillite des États africains pris dans les tenailles de l'endettement. En effet, suite au second choc pétrolier de 1979 et à la chute du cours des matières premières sur lesquelles repose l'économie de rente de la majorité des pays africains, les États subsahariens ont été soumis aux Programmes d'ajustement structurel (PAS). Ces derniers avaient pour objectif principal de restaurer les finances publiques et par conséquent de réduire les dépenses publiques, pour atteindre, *in fine*, le « retour à la croissance » (Banque mondiale, 1989). Pour répondre à la dépression économique la plus abrupte de l'Afrique depuis les indépendances, les PAS ont eu pour conséquence l'effondrement le plus spectaculaire des politiques sociales que l'Afrique subsaharienne ait connu au cours du xx^e siècle. Tous les domaines qui étaient dépendants des investissements

de l'État ont été touchés : la santé, l'éducation, l'emploi, l'intégration et la protection sociale. Les deux régions qui concernent majoritairement les pays d'origine des personnes enquêtées dans Parcours (Afrique de l'Ouest et du Centre) ont été sujettes à cette double crise économique et sociale, ressentie à partir du début des années 1990, notamment en milieu urbain. De manière emblématique, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les trois pays qui ont vécu cette concaténation sous forme de dépression brutale étaient des pays à revenus dits « intermédiaires » dans les années 1970-1980, c'est-à-dire les moins pauvres : le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Cameroun. La fin des partis uniques et l'ouverture des pays africains à la compétition politique pluraliste, connue sous le nom de processus de « démocratisation », ont rajouté à ces mutations sociales des mouvements de contestations populaires à partir du début de l'année 1990.

La volonté des personnes et notamment des jeunes de survivre à cette crise multiforme des pays africains était éprouvée, voire anéantie, par l'arrêt de l'« ascenseur social ». Cette situation a mis en lumière la question centrale de la vulnérabilité, notamment dans une période marquée par l'expansion de l'épidémie à VIH en Afrique subsaharienne. « *Vulnerability is the converse of empowerment. By vulnerability we mean the extent to which individuals are capable of making and effecting free and informed about their life* » (Mann et Tarantola, 1996).

Les travaux qui se sont penchés sur ces contextes marqués par de nouvelles vulnérabilités ont montré également la résilience des jeunes en milieu urbain. L'épidémie à VIH en particulier, qui à travers ses modes de transmission – notamment sexuelle – frappait particulièrement les groupes les plus vulnérables (les femmes, les jeunes) a été simultanément « un agent et un révélateur du changement social » (Bardem et Gobatto, 1995 ; Eboko, 2004 ; Grenier-Torres, 2009 ; Hassoun, 1997 ; Raynaut et Muhongayire, 1995 ; Tijou-Traoré, 2000).

Dans cette situation de crise généralisée en Afrique de l'Ouest comme en Afrique centrale sont apparus des processus de rupture et de recomposition des solidarités qui ont marqué d'un nouveau jour les processus d'individualisation au sud du Sahara (Marie, 1997).

La construction des projets de vie, la construction de nouveaux types d'alliances, y compris *via* la modification des canaux de l'intimité et des registres de la conjugalité, soulignent un mouvement de résistance et d'adaptation aux contraintes (Antoine et Nanitelamio, 1989). Les capitales et certaines villes secondaires des pays d'origine des immigrés de Parcours ont donné lieu à des études qui ont révélé de nouveaux modes de production de soi, dans des registres très variés au sein desquels le projet migratoire est un moyen de « se chercher » en connaissance de cause. « Aventuriers » (Bredeloup et Grégoire, 2014), « filles libres », « filles de

nuît » (Fouquet, 2011), « débrouillards », « feymen » (Banégas et Warnier, 2001), etc. sont les noms donnés à ces figures dont le parcours se poursuit pour certaines et certains dans les autres pays africains et dans les pays dits du Nord, et dont la France est une des destinations privilégiées. Ils confirment, suscitent et enrichissent la notion la plus ambivalente que la sociologie contemporaine offre de l'individu : le « sujet ». Qu'est-ce que le « sujet » et que signifie l'« expérience sociale » de la résilience qui porte ces individus, jeunes en majorité, à investir l'incertitude de la migration de leur désir d'exister ? Dans cette perspective, il faut retenir que le « sujet » est « l'effort de transformation d'une situation vécue en action libre » (Touraine, 1994, p. 23). Autrement dit, « le sujet est le désir de l'individu d'être l'acteur de sa propre vie ». Cette dernière doit être envisagée en tenant compte du projet d'individualisation que constitue ici la migration avec ses contraintes, ses objectifs et une ambition d'autoréalisation quasi existentialiste qu'est l'« expérience sociale » (Dubet, 2014, p. 15).

Cette explication et les notions définies plus haut montrent l'homologie structurale des conditions de vie et des réponses des sujets, en Afrique de l'Ouest et du centre. Entre la « fureur de vivre » des jeunes à Daloa ou à Abidjan, le désir d'autonomie des filles à Dakar ou à Douala, les nouveaux statuts féminins à Bamako comme à Yaoundé, c'est l'histoire de la construction contrastée des sujets africains qui semble se recomposer dans le contexte différent de la migration.

Filières et parcours migratoires : différents cas de figure, exemples du Cameroun et du Sénégal

Dans la filiation historique de la colonisation, les filières migratoires, de l'Afrique subsaharienne vers la France, se sont poursuivies et diversifiées. Le Cameroun est emblématique de cette diversité des raisons et des conditions de la migration vers la France. C'est le pays d'Afrique centrale qui connaissait les taux de scolarisation les plus élevés, mais aussi le pays d'Afrique qui a connu la dépression la plus forte en un temps très court (1985-1993) (Aerts *et al.*, 2000), ce qui, comme nous allons le montrer, a conduit à des profils de migration du Cameroun vers la France extrêmement variés.

En 1945, la France crée l'Office national de l'immigration. Sa mission : acheminer sur son sol la main-d'œuvre étrangère dont elle a besoin pour se reconstruire après la Seconde Guerre mondiale. Des bureaux s'ouvrent dans les principaux pays pourvoyeurs d'ouvriers, favorisant une migration circulaire : des Maliens débarquent, travaillent pendant une période déterminée et repartent avec un pécule, vite remplacés par de nouveaux arrivants. Le Cameroun n'est pas concerné par cette politique, qui se

poursuit jusqu'au milieu des années 1970. En revanche, au lendemain de l'indépendance, Yaoundé offre à ses ressortissants la possibilité de se former à l'étranger. Selon des données de l'ex-Direction de la prospective et de la planification de sécurité nationale en France, dès le début des années 1960, c'est le pays d'Afrique subsaharienne qui envoie le plus d'étudiants dans l'Hexagone, la parité homme-femme étant, par ailleurs, déjà respectée. « Jusqu'au milieu des années 1970, les Camerounais ne s'inscrivent pas dans un parcours d'immigration, explique Pierre Kamdem. Ils n'aspirent qu'à se former et à retourner au pays, en l'absence de leviers favorisant leur installation sur le territoire français, comme pour les Maliens et les Sénégalais. » D'ailleurs, une fois rentrés, ils sont systématiquement recrutés dans la fonction publique. Les rares qui restent (en France) sont pétris d'idéologie et plutôt très cultivés (Juompan-Yakam, 2016).

Dans les années 1990, la cassure de son économie de rente, la rupture de son pouvoir d'intégration des diplômés et la recomposition des rapports sociaux de génération et de genre, notamment par le fait que la domination économique exercée par les hommes sur les femmes ne fonctionne plus (Kamdem, 2015), bouleversent les logiques migratoires, et les diversifient. On retrouve ainsi, parmi les Camerounais vivant en France, des personnes extrêmement précaires du fait des conditions difficiles de leur départ et de l'accueil (chez un parent ou un proche qui n'est pas forcément dans une situation confortable) dans un contexte de crise de l'emploi, tandis que dans le même temps d'autres immigrés incarnent les réussites sociales les plus symboliques (Juompan-Yakam, 2016).

Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les politiques d'ajustement structurel ont engendré dans les années 1980 et 1990 une rupture brutale, décrite comme un désarroi collectif, tant économique, politique que social (Courade, 2000 ; Eboko, 2000).

Les classes dites « moyennes » ont imposé après deux décennies d'émergence (les années 1960-1970) et c'est surtout dans ce déclassement que s'est reconstruite la « pression » migratoire : diplômés au chômage, jeunes en quête de relance ou de formation professionnelle, etc. C'est dans cette quête ou reconquête de soi que naît la densification des filières migratoires. Les conflits, les guerres et la pauvreté absolue y jouent un rôle secondaire.

Au sein de ce schéma général, chaque pays a son histoire spécifique en matière de circulation avec la France. Le cas du Sénégal est par exemple très différent de celui du Cameroun. Le Sénégal connaît des migrations internationales très anciennes qui vont s'ouvrir à la filière métropolitaine au début du *xx*^e siècle, et dont la plus citée est celle des travailleurs soninké (Manchuelle, 2004). Quatre types de filières constituent l'histoire composite des migrations sénégalaises.

Les Manjak, originaires de la région naturelle de Casamance au sud du pays, sont présents en France depuis 1914 au moins [...]. S'ils font partie des groupes que l'on associe fortement aux migrations ultérieures de travail, les Soninké sont en réalité arrivés en même temps que les précédents ; ils viennent de la vallée du fleuve Sénégal, au nord [...]. De cette région sont aussi partis les Haalpulaaren établis en France depuis la fin des années 1950 [...]. Un quatrième groupe, islamo-wolof, s'illustre plus récemment à partir de la décennie 1980 : les Mourides [...]. De l'ouest et du centre du Sénégal, ils s'investissent dans les migrations internationales suite à l'effondrement de la culture arachidière, principale source de revenus de ces zones (Dia, 2015).

Ainsi, la crise économique et les programmes d'ajustement structurel vont modifier les dynamiques migratoires, entre continuité et recompositions, qu'il s'agisse du Sénégal (Dia, 2015 ; Traoré, 1994), du Cameroun (Kamdem, 2015) ou des autres pays subsahariens.

Ces pays constituent pour les migrants une base plus ou moins solide, plus ou moins utopique sur laquelle s'articulent leurs projets de partir et/ou de revenir. Les migrants originaires du Sénégal, du Mali et de Guinée, par exemple, sont officiellement reconnus par leurs pays d'origine avec la constitution de ministères dédiés aux ressortissants de l'étranger. Ces « citoyens de l'extérieur » peuvent participer aux élections et même être candidats à des mandats électifs, y compris s'ils sont binationaux. Ce qui leur permet aussi, dans certains cas, d'exprimer politiquement leurs avis sur les relations bilatérales entre leurs deux pays. Par exemple, c'est sur proposition des « Sénégalais de l'étranger » que le président Macky Fall a fait adopter en 2013 un visa pour les Français désirant se rendre au Sénégal, en raison du « principe de réciprocité » qui n'est pas sans lien avec les tracasseries administratives dont les migrants sont l'objet en France. Même si cette loi a été levée quelques mois plus tard, elle a symbolisé une revendication d'« égalité » qui est une métaphore du principe d'égalité qu'ils réclament en France. À l'inverse, la République démocratique du Congo et le Cameroun ne reconnaissent pas la double nationalité et leurs ressortissants qui acquièrent la nationalité française perdent toute existence légale auprès des autorités publiques de leurs pays.

À l'arrivée en France : la production de la précarité

Contrairement à une idée reçue en Occident, la majorité des déplacements des migrants africains s'effectuent à l'intérieur de l'Afrique. « Traversé par les migrations internes sept fois plus nombreuses que les migrations internationales, le continent africain est devenu un système migratoire à lui tout seul » (Wihtol de Wenden, 2016). De ce point de vue, la Côte

« Et la santé on dit quoi » ?

d'Ivoire été pendant plusieurs décennies une terre d'accueil en Afrique de l'Ouest (Kabbanji, 2011) du fait de ses performances économiques et de ce qui fut sa stabilité politique. L'exception sectorielle à cette dynamique des migrations africaines concerne la « fuite des cerveaux » (*brain drain*), les diplômés, dont les déplacements sont orientés vers les pays du Nord. « Entre 1990 et 2000, le départ des diplômés de l'enseignement supérieur a augmenté de 123 % en Afrique de l'Ouest, contre 53 % pour les non-qualifiés » (Wihtol de Wenden, 2016, p. 20).

*La France n'accueille pas toute la misère du monde,
mais elle en produit sa quote-part*

Dans le contexte de la crise économique française et des restrictions administratives et politiques et, il faut le dire, sociales, les personnes interrogées subissent de plein fouet le déclassement social et économique que la discrimination à l'accès au logement, la relégation professionnelle et le chômage produisent à leur encontre. La France, à travers eux, n'accueille donc pas « toute la misère du monde » comme le suggérerait un Premier ministre français, Michel Rocard, mais, dans le cas d'espèce elle manifeste une propension solide à en produire. À diplôme égal, les migrants subsahariens occupent des emplois moins qualifiés ; à compétence égale ils sont moins bien logés que les non-immigrés et connaissent un taux de chômage plus élevé que leurs homologues non-immigrés (Beauchemin, Hamel et Simon, 2016). Lorsque le ministre de l'Intérieur stigmatisait cette population, il inversait les causes de cette situation et leurs conséquences dans une logique où « les victimes » sont hissées au rang de responsables de leurs déclassements multiformes.

Brice Hortefeux, alors ministre de l'Intérieur, en affirmant que « le système français d'intégration a échoué » en pointait le mode de vie des immigrés comme une cause : « J'en veux pour preuve la concentration beaucoup trop forte de la population d'origine étrangère sur seulement trois régions sur vingt-deux [...], parfois dans de véritables ghettos urbains. J'en veux aussi pour preuve le taux de chômage moyen des étrangers, supérieur à 20 %, soit le double de la moyenne nationale » (Collectif, 2009, p. 150).

En inversant les causes et les conséquences des exclusions sociales et des questions d'immigration, le discours politique tend à renforcer des exclusions que les responsables politiques prétendent combattre. L'étude *Parcours* qui nous est présentée ici offre une vision synoptique de ce qui constitue des barrières d'intégration pour celles et ceux qui manifestent plus que la moyenne le besoin et la nécessité de travailler, de s'insérer socialement (par le travail, la vie familiale, les réseaux de sociabilité).

La précarité pénalise l'état de santé

L'idée reçue que les Africains infectés par le VIH viennent en France pour se faire soigner est notamment démentie par les cliniciens parisiens depuis les années 1990. Parcours montre que le lien entre l'épidémie en Afrique et sa transmission en France n'est pas direct. Une série de phénomènes sociaux qui étaient déjà documentés en sociologie et peu « audibles » sur le plan politique sont nécessaires pour appréhender le problème plus global de l'insertion sociale des immigrés : l'ethnisation des rapports sociaux dans les quartiers populaires (Dubet et Lapeyronnie, 1992) depuis les années 1980, la conjonction entre l'intégration culturelle et l'exclusion économique (Lapeyronnie, 1993), les conséquences de la précarité administrative et, au-delà, des discriminations sur les conditions de vie (Fassin et Fassin, 2006) et la domination masculine.

En plein cœur de la société française, Parcours aide à déconstruire des inégalités structurelles qui frappent celles et ceux qui sont affaiblis non par des déterminants socioculturels, mais par des effets liés à la manière dont ils sont (mal) traités par la société. La troisième partie va montrer que les mêmes personnes sont globalement bien traitées par le système de santé dès lors qu'il a l'occasion de les accueillir.

La santé publique, élément de l'intégration ? Ministère de la Santé versus ministère de l'Intérieur

À travers le dépistage et la prise en charge sociale et médicale des immigrés subsahariens, la lutte contre le sida souligne la nécessité de combattre certaines causes sociales de la maladie, et en particulier la précarité. Elle a généré un certain nombre de combats autour du respect des droits humains, de la diversité des pratiques sociales et des origines culturelles. Celui que Parcours nous offre l'occasion de saisir représente un nouveau départ qui puise sa force dans la science consciente et mesurée, ferme et équilibrée.

L'exceptionnalité du sida

Toutes les étapes politiques de la lutte contre l'immigration illégale ou plus simplement de la lutte contre l'immigration finissent par se présenter comme un corpus dans lequel des acteurs clés de l'intégration sociale ont construit des barrières non plus contre l'« immigration illégale », mais contre « les immigrés » tout court : agents immobiliers, employeurs, agents de recrutement, propriétaires, administrations, etc.

La santé publique *via* ses personnels, les associations de soutien aux étrangers, les associations de promotion de la santé, a œuvré avec constance à contre-courant, à partir des combats menés pour l'accès aux soins, au logement, à l'emploi, à la formation, à la vie sociale, culturelle et économique de ce pays. L'État, sur son versant santé publique, représenté par le ministère dédié à la santé, a joué un rôle majeur dans cette partition-là, sous des gouvernements de gauche comme de droite, grâce à des mécanismes, des procédures et des engagements qui ont permis de résister à la machine à exclure édictée par les décrets successifs qui ont régi le droit des étrangers, d'un gouvernement à l'autre depuis plusieurs décennies. Le ministère dédié à la santé, sous des appellations différentes, est aussi une partie de l'« État ». C'est ce versant qui a représenté l'« État de droit » auquel il faut se référer pour ne pas laisser enfermer une dynamique collective dans la seule définition défensive qu'ont représentée des autorités françaises récentes.

La santé publique : une philosophie politique du pragmatisme

Le fait que nous sachions aujourd'hui que la majorité des immigrés subsahariens séropositifs vivant en Île-de-France ne connaissait pas son statut sérologique avant d'arriver doit être corrélé au fait que près d'un sur deux a été infecté en France. Parcours révèle ainsi des archives du corps dans la droite ligne d'une archéologie biologique qui a rarement été aussi décisive dans la recherche en santé publique en France, voire au niveau international.

Les résultats de l'étude Parcours interviennent dans un moment charnière de l'histoire sociale et politique de la France face à la globalisation. Les migrants en général et les migrants subsahariens en l'occurrence sont au centre des débats politiques sur ce qu'il est convenu de nommer les « identités » d'une part et les enjeux économiques d'autre part. Dans le silence d'une enquête approfondie et pluridisciplinaire, ce sont des idées reçues qui tombent. Des recherches récentes en économie avaient déjà montré que les immigrés contribuent amplement à la richesse collective. Ils ne viennent pas en France pour bénéficier des aides, mais pour y réaliser leur objectif d'autonomisation, y compris en contribuant par le travail à l'effort collectif qu'est la fiscalité sous toutes ses formes. Les immigrés reçoivent de l'État 47,9 milliards d'euros et ils lui versent 60,3 milliards par an (Chojnicki, 2011 ; Chojnicki et Ragot, 2012).

Cette recherche en santé publique permet d'opposer aux discours et pratiques d'exclusion l'évidence scientifique que la prise en charge des personnes, le souci des autres *via* le parcours de soins sont plus efficaces socialement, économiquement, collectivement que la tentation d'exclure

voire de « punir » (Fassin, 2017). C'est la particularité de la mobilisation en faveur de la prise en charge des patients, quelle que soit leur situation administrative, quelle que soit la famille politique au pouvoir. De ce point de vue, le ministère dédié à la santé en France est réceptif à la dimension intégratrice de la santé publique et génère une tension quasi permanente avec le ministère en charge de l'ordre public.

Il nous faut admettre que, en France comme ailleurs, nous vivons une globalisation qui est « la plus importante transformation survenue dans le monde depuis la chute du communisme » (Touraine, 2016). Dans ce contexte, *Parcours* suggère un plaidoyer contre la tentation socialement et économiquement stérile des extrêmes. Les gains politiques éventuels des discours et des pratiques d'exclusion ne sont pas de nature à perdurer. La question de l'immigration révèle la question nationale au sein de laquelle s'opposent de manière de plus en plus tendue deux tendances, deux idéologies : la « République » et son principe d'égalité d'une part, l'« identité française » d'autre part avec le recours aux discours différentialistes sur la base de la religion, des origines géographiques, etc. Au-delà de ces deux pôles, le respect des droits de chacun pour le bien de tous suggère d'adopter un « nouveau siècle » (Touraine, 2016), auquel cette étude a emboîté le pas, en privilégiant la pratique, les faits, la logique, en un mot le pragmatisme : celui-ci représente le bras séculier par lequel le monde de la santé publique et ses principes éthiques apportent des réponses pragmatiques. « Nous avons besoin de nous fixer de grands objectifs : réduire les inégalités, faciliter l'émancipation de tous par l'étude, vaincre les maladies majeures » (Touraine, 2016, p. 190).

Conclusion

Symboliquement, le champ du VIH et celui de la santé publique se posent en filigrane de l'étude *Parcours* comme une philosophie politique du pragmatisme. Entre les tenailles des projets récurrents de réduction des flux migratoires et l'impérieuse nécessité de prendre en charge la santé, deux politiques publiques constituent la contradiction dans laquelle les migrants affrontent la précarité structurelle.

Dans les parcours de vie des personnes migrantes subsahariennes en France, la résistance aux contraintes sociales, politiques, administratives et économiques est un fil rouge sur lequel se construit le projet migratoire, en surmontant les obstacles un par un. Partis de pays africains en pleine mutation sociale, économique et politique, pays traversés par des contraintes imposées par leur intégration au forçeps à l'économie-monde, ces immigrés incarnent un visage mobile de la mondialisation. Leurs

parcours, leurs biographies attestent de leur volonté profonde de s'auto-réaliser à travers la migration. L'objet « santé » constitue un élément clé pour appréhender les limites et les perspectives des politiques d'insertion socioprofessionnelle et plus largement la « question sociale » en France. Peu d'études politiques détiennent une telle portée politique, à partir de résultats qui plaident pour un pragmatisme qui a le visage de la générosité et la sagesse de l'éthique.

Jonathan Mann¹, une des plus belles figures de la réponse au péril du VIH, que nous avons cité en introduction, ajoutait : « Le lien avec les droits de l'homme offre à la santé publique l'occasion d'une renaissance » (Mann, 1996, p. 224). Les migrations font partie de l'histoire de l'humanité et elles charrient leurs lots de héros et de bannis, leurs archives dont il faut se souvenir qu'elles nous parlent aussi de *La Promesse de l'aube* de Romain Gary (1960) et du *Ventre de l'Atlantique* de Fatou Diome (2003). Pour une marche à contresens des idées reçues, Parcours et les migrants issus d'Afrique subsaharienne proposent des archives des corps qui appellent une renaissance de la pensée politique.

Bibliographie

- AERTS J.-J., COGNEAU D., HERRERA J., DE MONCHY G., ROUBAUD F., 2000, *L'Économie camerounaise : un espoir évanoui*, Karthala, Paris.
- ANTOINE P., NANITELAMIO J., 1989, « Statuts féminins et urbanisation en Afrique », *Politique africaine*, 36, p. 129-133.
- BANÉGAS, R., WARNIER, J.-P. (dir.), 2001, « Nouvelles figures de la réussite et du pouvoir », *Politique africaine*, 2, p. 5-23.
- BANQUE MONDIALE, 1989, « L'Afrique subsaharienne », *De la crise à une croissance durable*, p. 181.
- BARDEM I., GOBATO I., 1995, *Maux d'amour, vies de femmes : sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain Africain (Ouagadougou)*, L'Harmattan, Paris.
- BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P., 2016, *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris, 624 p.
- BREDELOUP S., GRÉGOIRE E., 2014, *Migrations d'aventures : terrains africains*, Comité des travaux historiques et scientifiques (Géographie-CTHS), Paris.

1 Jonathan Mann (1947-1998) a été le premier directeur du premier programme mondial de lutte contre le sida (*Global Programme on AIDS* – GPA) créé en 1986 au sein de l'Organisation mondiale de la santé. Il fut aussi le directeur du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme et professeur d'épidémiologie et de santé internationale à la Harvard School of Public Health. Au moment de sa mort il dirigeait l'Allegheny University School of Public Health (actuellement Drexel University School of Public Health), Philadelphie, États-Unis.

- CHOJNICKI X., 2011, « Impact budgétaire de l'immigration en France », *Revue économique*, 62, 3, p. 531-543.
- CHOJNICKI X., RAGOT L., 2012, « Immigration, vieillissement démographique et financement de la protection sociale », *Revue économique*, 63, 3, p. 501-512.
- COLLECTIF, 2009, *Cette France-là*, La Découverte, Paris.
- COURADE G. (dir.), 2000, *Le Désarroi camerounais : l'épreuve de l'économie-monde*, Karthala, Paris.
- DIA H., 2015, *Trajectoires et pratiques migratoires des Haalpulaaren du Sénégal. Socio-anthropologie d'un « village multi-situé »*, L'Harmattan, Paris (Connaissance des hommes), 397 p.
- DIOME F., 2003, *Le Ventre de l'Atlantique*, Anne Carrière, Paris.
- DUBET F., 2014, *Sociologie de l'expérience*, Seuil, Paris.
- DUBET F., LAPEYRONNIE D., 1992, *Les Quartiers d'exil*, Seuil, Paris.
- EBOKO F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique : du SIDA à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Karthala, Paris, 262 p.
- EBOKO F., 2004, « De l'intime au politique : le sida en Afrique, un objet en mouvement », in VIDAL L. (dir.), *Autrepart*, 29, p. 117-133.
- EBOKO F., 2000, « Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun », in COURADE G. (dir.), *Le Désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Karthala, Paris, p. 235-262.
- FASSIN D., 2017, *Punir. Une passion contemporaine*, Seuil, Paris.
- FASSIN D., FASSIN É. (dir.), 2006, *De la question sociale à la question raciale ?*, La Découverte, Paris.
- FOUQUET T., 2011, « Aventurières noctambules », *Genre, sexualité & société*, 5.
- GARY R., 1960, *La Promesse de l'aube*, Gallimard, Paris.
- GRENIER-TORRES C., 2009, *Expériences de femmes ivoiriennes au cœur de l'épidémie de SIDA*, L'Harmattan, Paris.
- HASSOUN J., 1997, *Femmes d'Abidjan face au sida*, Karthala, Paris.
- JUOMPAN-YAKAM C. (dir.), 2016, « Cameroun. Drôle de diaspora », *Jeune Afrique*, 2904, 25 septembre/1^{er} octobre, p. 24-26.
- KABBANJI L., 2011, *Politiques migratoires en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso et Côte d'Ivoire*, Karthala, Paris, 228 p.
- KAMDEM P., 2015, *Éléments d'une géopolitique des migrations au Cameroun : territorialité migrante, citoyenneté et frontières*, L'Harmattan, Paris.
- LAMOUREUX P., 2007, « Pragmatisme et équité, Préface », in LYDIÉ N. (dir.), *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida*, Inpes, Paris (Études santé), p. 15-16.
- LAPEYRONNIE D., 1993, *L'Individu et les minorités : la France et la Grande-Bretagne face à leurs immigrés*, Presses universitaires de France (Sociologies d'aujourd'hui), Paris.

« Et la santé on dit quoi » ?

- LYDIÉ, N. (dir.), 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida*, Inpes, Paris (Études Santé), 160 p.
- MANCHUELLE F., 2004, *Les Diasporas des travailleurs soninké (1848-1960) : migrants volontaires*, Karthala, Paris.
- MANN J., 1996, « L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités. Un défi », *Revue Prévenir*, 1^{er} semestre, 30, p. 217-224.
- MANN J.-M., TARANTOLA D., 1996, *AIDS in the world II : Global Dimensions, Social Roots, and Responses*, Oxford University Press on Demand, New York.
- MARIE A., 1997, *L'Afrique des individus*, Karthala, Paris.
- RAYNAUT C., MUHONGAYIRE F., 1995, « Chronique d'une mort annoncée. Problèmes d'éthique et de méthode posés par la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (autour du cas rwandais) », in DOZON J.-P., VIDAL L. (dir.), *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, GIDIS, Abidjan, p. 235-252.
- TIJOU-TRAORÉ A., 2000, *Situation de vie, risques au quotidien et risque sida chez de jeunes citadins (Daola, Côte d'Ivoire)*, doctorat en anthropologie, Bordeaux, Bordeaux-2.
- TOURAINÉ A., 1994, *Qu'est-ce que la démocratie ?*, Fayard, Paris.
- TOURAINÉ A., 2016, *Le Nouveau Siècle politique*, Seuil, Paris.
- TRAORÉ S., 1994, « Les modèles migratoires soninké et poular de la vallée du fleuve Sénégal », *Revue européenne des migrations internationales*, 10, 3, p. 61-81.
- WIHTOL DE WENDEN C., 2016, *Atlas des migrations. Un équilibre mondial à inventer*, Autrement, Paris.

Conclusion

France Lert et Annabel Desgrées du Loû

« Et elle se dit que son émigration, bien qu'imposée de l'extérieur, était peut-être, à son insu, la meilleure chose de sa vie. »

Milan Kundera, *L'Ignorance*, p. 47.

Parcours est né de la volonté de comprendre pourquoi et comment l'infection VIH percuta la vie des immigrés d'Afrique subsaharienne en France. Ce projet s'inscrit au départ dans l'univers de la santé publique avec ses valeurs, qui sont de mettre à la disposition de tous les moyens de santé les plus efficaces disponibles et de réduire les inégalités dans la santé, inégalités de tous ordres et notamment sociales.

Les chiffres épidémiologiques du nombre de cas d'infection VIH et de leur évolution captent les niveaux, les tendances (Hernando *et al.*, 2015 ; Cazein *et al.*, 2015), permettent les comparaisons entre les groupes de populations, mais sont muets ou presque sur les déterminants dès lors qu'ils ne sont pas mis en relation avec les caractéristiques des populations et des individus. C'est ce qu'a fait Parcours en construisant les biographies de personnes infectées par le VIH, de personnes atteintes d'hépatite chronique et de personnes fréquentant les soins pour des problèmes de santé courants. C'est ainsi ce chaînon manquant de la compréhension qu'apporte Parcours avec la mise en perspective d'un groupe de personnes atteintes avec un groupe de référence représentant en quelque sorte et avec quelques limites les populations immigrées d'Afrique subsaharienne de la région Île-de-France.

Proximité et différence entre ces groupes de populations constituent aussi des instruments de compréhension de ce qui façonne le parcours migratoire des immigrés subsahariens vers la France. Parcours est une étude sur leur santé, mais aussi une étude sur l'immigration de ces populations en Île-de-France.

L'étude Trajectoires et Origines (TeO) a montré que, parmi les immigrés de toutes origines, les immigrés subsahariens et leurs enfants sont ceux qui

paient au prix le plus fort, en termes de discrimination, de déclassement social, de chômage ou de mauvaises conditions de vie et de travail, les difficultés de la société française à reconnaître la place de l'immigration dans son histoire contemporaine. Et ceci malgré la participation sociale et politique des immigrés subsahariens comme d'autres à la société française.

Que nous apprend *Parcours* ?

Cette recherche montre tout d'abord que les immigrés subsahariens venus de pays très différents dans leur histoire, leur organisation, leur culture, leur niveau de développement, pour compléter une formation, trouver des moyens d'existence, changer de vie ou échapper à la violence affrontent de façon presque uniforme une période de plusieurs années d'insécurité et de précarité dont aucune des ressources de l'éducation ou de la qualification ne les protège efficacement. Insécurité et précarité tiennent d'une part à la réglementation de l'autorisation des étrangers à vivre et travailler en France et d'autre part aux diverses formes de ségrégation et de discrimination sur les marchés du travail et du logement.

Comme l'écrit Pascale Jamoulle, « ils ne sont pas partis pour la même raison, mais ils trouvent souvent la même chose, quand ils sont bloqués, sans statut, dans le couloir des exilés » (Jamoulle, 2013).

Installation : un parcours du combattant

Premier tableau de *Parcours*, une population d'hommes et de femmes nés dans des pays qui couvrent une grande partie du continent africain à l'ouest et au centre, venus entre 20 et 30 ans pour la plupart, d'abord pour s'établir en travaillant et en s'installant en famille. Mais, après une ancienneté de présence sur le territoire de douze ou treize ans, seule une petite majorité a une situation de séjour pérenne par la carte de résident ou l'acquisition de la nationalité française, tous les autres ont en partage des situations fragiles avec des titres de séjour renouvelables chaque année, des titres en cours de renouvellement ou encore sont « sans papiers ». Ils se situent principalement aux deux pôles du gradient éducatif avec des personnes qui ont une scolarité courte et une large proportion de diplômés du supérieur.

En butte à des législations qui se durcissent, à des guichets de préfecture encombrés et à des pratiques administratives parfois abusives (Le Défenseur des droits, 2016), le temps d'installation des immigrés subsahariens dans des conditions minimales – c'est-à-dire avoir des papiers, un toit à soi, une activité ou des ressources pour assurer le quotidien – est long et de plus en plus long, marqué par plusieurs années de fragilité administrative et d'insécurité du quotidien. Les difficultés à se loger dans une région où le

marché du logement est extrêmement tendu, les aléas et les contraintes de l'hébergement par des proches ou de simples connaissances sont tels que plus d'un sur dix fait l'expérience d'avoir à un moment dû coucher dans la rue (chapitre 1).

S'insérer dans le travail peut être rapide dans des « petits boulots », dans des secteurs désertés des autochtones, pourtant vitaux pour l'économie (des services à bas coût de main-d'œuvre) et le fonctionnement social (la restauration, le nettoyage, la sécurité, l'emploi à domicile, la garde des enfants, l'aide aux personnes âgées, etc.), mais qui s'accommodent au long cours des mauvaises conditions d'emploi, de rémunération et de contenu. Dans ces niches – ou ghettos – d'activité, la qualification, l'expérience d'avant la migration et même les compétences scolaires ne valent plus d'avantages ou presque, et surtout ne sont plus des sésames ouvrant la porte aux emplois qualifiés et encadrés par des réglementations protectrices (chapitre 2). Parcours ne décrit pas les mécanismes de cette marginalisation sur le marché du travail, mais ils ont bien été décrits dans l'enquête TeO qui pointe la façon dont le racisme et les discriminations s'exercent sur le marché du travail et tout particulièrement envers les immigrés d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, mais aussi des DOM (Brinbaum, Safi et Simon, 2015). Ceux qui ont terminé des études universitaires en France échappent à ce processus de déqualification ; pour autant, ce constat ne porte que sur ceux qui sont restés, puisque le passage du statut d'étudiant à celui de salarié a été strictement encadré (2011) puis assoupli (entre 2012 et 2014), mais reste complexe et incertain (GISTI, 2012) et a pu décourager les diplômés de rester en France.

Au moment de l'enquête, deux tiers des immigrés africains (un peu plus chez les femmes que chez les hommes) ont une relation stable et ce chiffre monte à près de 80 % la septième année après leur venue, sept sur dix vivant alors dans un logement personnel. Les unions consacrées ou non par la cohabitation et par le mariage, cadre d'une vie sexuelle exclusive ou faite d'une pluralité de partenaires, font partie du parcours personnel de ces hommes et femmes qui immigreront au début de l'âge adulte (chapitre 3). Les unions ont commencé avant le départ, se rompent ou se construisent dans des normes qui assignent là-bas et (encore) ici des rôles différents aux hommes et aux femmes. Si l'endogamie reste dominante, cette sphère intime s'hybride dans la migration. Une majorité des unions engagées au moment de l'immigration se poursuivent. Dans celles qui se construisent ou se reconstruisent, la mixité comprise comme l'union avec une personne native d'un autre pays que le sien, une fois en France, augmente et s'élargit – logiquement – à des partenaires non africains comme à d'autres Africains. Les hommes mettent plus de temps que les femmes à entrer en union quand ils arrivent célibataires, sans

doute parce qu'une vie sexuelle sans attache est mieux acceptée pour les hommes, mais aussi parce qu'il leur faut réunir les conditions matérielles et symboliques de l'installation pour s'engager en union et que cela prend du temps. D'ailleurs, les conditions de vie et surtout les conditions de logement, déterminent les conditions de la sexualité : absence d'intimité dans les foyers ou l'hébergement par des tiers, rapports subis pour les femmes hébergées, sexe rémunéré pour les hommes, relations de courte durée pour beaucoup et dans les premières années, absence de relations tout court (chapitre 5 et chapitre 14).

Un principe d'universalité du droit à la santé qui s'applique et doit être protégé

La mise en regard de la trajectoire d'installation et de celle de l'accès à la couverture maladie met en lumière l'opposition des perspectives de la politique d'immigration et de la santé publique. Sept ans de temps médian pour s'installer, un an pour accéder à une couverture maladie (chapitre 4). Si on peut objecter ici que Parcours a été mené en médecine générale, pour le groupe qui représente la population générale des immigrés subsahariens, et par là même surestime l'accès à l'assurance maladie en ignorant ceux qui ne fréquentent pas le système de soins, on peut répondre que c'est bien au sein de ce même échantillon que se mesurent la longue durée d'installation et la rapidité d'accès à la couverture maladie.

Le principe d'universalité du droit à la santé est traduit dans la loi par l'absence de conditions à la couverture universelle des soins de santé (CMU hier, PUMa depuis 2016) et pour les étrangers sans papiers par l'AME. L'accusation que l'AME créerait un appel d'air pour les étrangers est d'abord démentie par les chiffres de la santé comme motif d'immigration qui plafonnent à 8 % et 9 % dans le groupe VIH. Le dispositif fonctionne avec les dispositifs d'accès aux soins et aux droits (PASS hospitalières ou structures de soins associatives/humanitaires) qui soignent pendant quelques mois si nécessaire, établissent les droits, puis orientent les personnes vers le système de soins général. Au moment de l'enquête, plus des trois quarts sont couverts par les régimes ordinaires avec toutefois beaucoup moins de personnes affiliées aux assurances complémentaires qui atténuent les obstacles financiers à l'accès aux soins. C'est ce qui explique le niveau élevé des renoncements aux soins des immigrés subsahariens (chapitre 4). Si aujourd'hui la défense du système de l'AME s'impose du point de vue de l'universalité du droit à la santé alors qu'il est menacé de suppression par certaines franges de l'échiquier politique, il reste un régime d'excep-

tion (un simple document sous forme de lettre), transitoire (renouvelable chaque année) et qui expose à des refus de soins.

Par ailleurs apparaissent des formes plus insidieuses de discrimination des personnes moins bien couvertes dans l'hôpital sous le coup des régulations économiques à l'œuvre dans la gestion de l'hôpital public, et que les médecins hospitaliers sont enjointes d'endosser dans leurs décisions au cas par cas. L'hôpital public reste souvent pour les plus pauvres, dont font partie les étrangers, la porte d'accès pour les soins spécialisés ou complexes qui doit rester ouverte (Izambert, 2016).

La vigilance sur l'égalité réelle dans le soin est donc nécessaire en complément de l'inscription dans le droit positif de l'universalité du droit à la santé.

Infection VIH et hépatite B : poids et conséquences

Parcours, grâce à la comparaison du groupe VIH et du groupe de référence et aux multiples informations biographiques et médicales, éclaire un point jusqu'à présent flou de l'épidémiologie du VIH parmi les immigrés subsahariens en France (chapitre 5). Beaucoup des personnes suivies pour leur séropositivité ont contracté l'infection dans leur pays et arrivent en France sans le savoir ; les femmes atteintes plus jeunes en Afrique, en raison pour partie des différences d'âge entre partenaires, sont plus nombreuses à arriver avec une infection VIH méconnue, mais Parcours montre qu'hommes et femmes continuent à être exposés en France et à y contracter le VIH. Et cette exposition est majorée par la précarité des conditions de vie. Ce qui lie précarité et infection par le VIH ne se réduit pas à un mécanisme simple : les conditions précaires de la sexualité, contrainte par les conditions de vie, y compris par des violences (chapitre 6), le manque de disponibilité pour les messages préventifs, les difficultés à prendre soin d'un soi malmené, et donc en particulier pour les hommes à accepter de protéger leurs rapports (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013), s'ajoutent au stigma qui pèse sur le VIH et conduit à se penser comme non concerné.

C'est aussi la perception de n'être pas exposé qui retarde le diagnostic de cette infection sans signe pendant plusieurs années (chapitre 7). Le diagnostic est relativement rapide (un temps médian de deux ans) à l'aune du temps de la migration et de ses bouleversements, mais pas assez : pas assez pour un bénéfice maximal pour les personnes atteintes, pas assez non plus pour l'effet préventif du traitement sur la dynamique épidémiologique de l'infection. Il n'est pas évident pour une personne récemment arrivée de mettre le dépistage du VIH ou un bilan de santé dans les premières priorités de son parcours en France ou de trouver le service qui le propose.

C'est sans doute ce qui explique que le dépistage soit rarement à l'initiative de la personne et qu'il soit principalement réalisé à l'occasion de contacts avec le système de soins et en particulier lors des hospitalisations ou dans les services médicaux qui apportent les soins aux personnes encore sans droits ou couverture maladie, ou encore pour les femmes lors de la prise en charge prénatale qui en prévoit le caractère systématique. Pour autant, beaucoup n'auront pas ce test, ne le demanderont pas ou, s'ils sont testés, ne le renouvelleront pas. À mesure que l'arrivée s'éloigne, l'image d'une infection acquise dans le pays d'origine et d'un dépistage qui aura été déjà fait, empêchera de nouvelles propositions de la part des médecins. Et *in fine*, beaucoup de médecins continueront à ignorer le statut VIH des consultants (chapitre 12).

Le dépistage est ainsi le principal point faible de la prise en charge médicale du VIH, car une fois l'infection détectée l'entrée dans le soin est rapide. Elle l'est parce que les services de santé spécialisés, particulièrement en Île-de-France où les immigrés africains représentent 43 %¹ des diagnostics dans les dernières années, ont acquis la capacité à prendre en charge les étrangers, notamment pour l'accès aux droits s'ils ne sont pas déjà établis. Avec une maladie et un traitement à vie, le médecin et le patient s'engagent dans la durée chacun avec ses représentations, le premier dans l'objectif d'assurer la continuité et donc l'efficacité du traitement, le second pour apprendre à vivre avec une maladie stigmatisée. Ces attentes peuvent être convergentes et constituer des ressources pour les personnes atteintes, surtout chez les femmes, tandis que d'autres, principalement les hommes, sont peu enclins à s'exprimer sur l'intimité face à des médecins ; ceux-ci sont moins à l'aise pour parler avec eux de sexualité ou de parentalité, thème plus facile à aborder avec les femmes (chapitre 10).

Le diagnostic de l'infection VIH ne casse pas la trajectoire d'activité et provoque peu de ruptures des unions alors que la migration est sur ces deux dimensions une rupture marquée (chapitre 9). Ce résultat confirme que le VIH/sida est aujourd'hui, grâce aux traitements très efficaces contre cette maladie, une maladie chronique avec laquelle on peut vivre presque normalement. Après le diagnostic, la vie continue, témoignant de la capacité des individus – et des couples – à faire face à une nouvelle qui pourtant provoque une grande inquiétude voire de la détresse. L'absence d'effet majeur sur les unions remet en effet en question la notion que les couples africains se disloquent à l'annonce de la séropositivité (Gaillard *et al.*, 2002). Cela rejoint ce que nous avons pu observer en Côte d'Ivoire auprès

1 Santé Publique France, communication personnelle.

de femmes suivies pour un VIH détecté au cours d'une grossesse. Celles qui avaient pu en parler à leur conjoint trouvaient auprès de lui un vrai soutien, un allié (Desgrées du Loû *et al.*, 2009). L'annonce d'une maladie comme le VIH/sida n'est pas anodine, bien évidemment elle ébranle les vies et secoue les couples, cependant, elle peut aussi renforcer les liens (Desgrées du Loû, 2014).

À côté du VIH, Parcours nous donne aussi la première photographie sociale des immigrés subsahariens suivis pour une hépatite B, et nous révèle une population très précarisée : une personne sur quatre sans titre de séjour, une sur trois sans emploi, plus d'une sur dix sans aucune ressource. Et pourtant la prise en charge reste centrée pour l'essentiel sur les aspects médicaux. La mise en perspective avec le VIH met en évidence les configurations différentes des deux affections dans l'espace social : pour le VIH, un discours dans l'espace public, la défense fortement affirmée des intérêts des populations les plus concernées par des associations, une alliance du monde médical et du monde associatif qui s'est traduite par un milieu de soins qui permet une prise en charge globale ; pour les hépatites, un monde médical encore peu ouvert aux enjeux des droits sociaux et à la nécessité d'accompagner les personnes dans ce qu'implique une maladie chronique très peu connue, mais qui fragilise l'image de soi et est souvent gardée secrète (chapitres 8 et 10). Ce phénomène d'une relation « distanciée » est accentué par le fait que ce sont les hommes qui sont la majorité des malades porteurs d'hépatite B chronique.

Mais la situation change avec l'intérêt de jeunes médecins pour un domaine qui bénéficie de progrès médicaux rapides dans la dernière période, la consolidation des associations de personnes atteintes d'hépatite pour qu'elles aient accès de façon égale à ces innovations, et leur reconnaissance comme experts de la maladie à part entière, notamment dans le processus d'élaboration des nouvelles stratégies de santé publique et de prise en charge (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016).

Le renforcement des capacités d'agir (*empowerment*) des malades a été une contribution forte des associations de lutte contre le sida à l'inclusion des malades dans le processus de décision sur les traitements, les prises en charge ou les stratégies de prévention qui les concernent, mais aussi dans le quotidien des rapports entre les malades et les institutions. Le puissant mouvement communautaire du VIH a soutenu l'émergence d'associations de malades immigrés africains. On voit ici comment l'action collective, par l'entraide entre femmes atteintes et l'utilisation des espaces d'expression publique, retourne ce qui est vu le plus souvent comme une vulnérabilité intrinsèque de la femme immigrée séropositive en une contestation des pratiques professionnelles, ici du champ social, et leur redonne des capacités d'agir (chapitre 11). L'expérience circonscrite qui est montrée ici ouvre

des perspectives sur l'intérêt des formes d'organisation communautaires qui rompent l'isolement, redonnent de l'autonomie, subvertissent les situations d'infériorisation et *in fine* favorisent l'intégration.

Santé mentale et maladies chroniques, les immigrés africains aussi

Comme toute population adulte, les besoins de santé des personnes immigrées ont une forte composante de maladies chroniques courantes qui nécessitent une surveillance et des traitements, certaines notamment dans la sphère cardiovasculaire étant plus prévalentes chez eux. Parcours ne permet pas de comparer dans des conditions valides la fréquence des pathologies à celle existant en population générale, comparaison qui exige de prendre en compte l'âge, les facteurs individuels et les facteurs sociaux. Les maladies spécifiques au contexte africain (paludisme, drépanocytose, infections parasitaires, etc.) n'ont pas fait l'objet d'une investigation spécifique, mais l'information disponible montre que ces pathologies ne sont pas au premier rang des pathologies citées par les médecins.

Le focus médiatique souligne plutôt les épidémies gravissimes de maladies infectieuses comme Ebola dans les années toutes récentes, mais l'Afrique est aussi touchée par les maladies non transmissibles liées à des modes de vie en pleine transformation avec l'urbanisation, qui sont un enjeu planétaire. Pour autant, les pays africains d'où viennent les immigrés vivant en France sont moins touchés par le tabagisme (pour le moment) et la consommation d'alcool et cette « protection » vaut après la migration, car ce sont des conduites qui s'installent à l'adolescence et rarement plus tard. En revanche, les transformations de l'alimentation et la sédentarité génèrent une croissance très rapide du surpoids et de l'obésité, croissance socialement très inégalitaire de ces facteurs de risque majeurs des maladies métaboliques et cardiovasculaires (chapitre 12). La fréquence de l'obésité observée dans Parcours confirme et quantifie ce phénomène dont on sait le lien étroit avec la pauvreté et l'insécurité alimentaire, particulièrement présente dans la population immigrée (Martin-Fernandez *et al.*, 2014).

Plusieurs indicateurs soulignent une fragilisation psychologique des immigrés. Le niveau d'anxiété et de dépression (chapitre 13), la part des troubles psychologiques et le niveau de mauvaise santé déclarée (chapitre 12) suggèrent une détresse psychologique particulièrement forte dans les tout premiers temps du parcours en France. S'y conjuguent un possible retentissement des expériences qui précèdent le départ (qui se marquent particulièrement dans le niveau plus élevé chez des personnes ayant quitté

leur pays en raison de menaces ou pour des raisons de santé), l'insécurité du statut de séjour qui menace la poursuite du projet migratoire, les conditions de vie particulièrement difficiles, la migration elle-même avec les séparations et les bouleversements qu'elle implique : le bien-être perçu est fortement affecté dans l'année qui suit l'arrivée, il le sera à nouveau pour ceux qui font face à la découverte de la séropositivité (chapitre 9), mais cette détresse s'atténue pour ceux qui sont là depuis longtemps. On ne mesure pas ici le poids de ces épisodes à long terme sur la réussite du projet migratoire. Les réponses en termes de prise en charge sont insatisfaisantes avec un mélange de densité insuffisante des services de santé mentale pour les populations précarisées, en particulier dans les zones où vivent les immigrés², mais aussi à cause des difficultés de ceux-ci à reconnaître cette détresse comme un problème de santé, à l'exprimer et à établir des liens de confiance dans une situation d'adversité (Priebe, Giacco et El Nagib, 2016).

Parcours montre aussi que quand les ressources existent, qu'elles sont accessibles sans barrière financière, elles sont pleinement utilisées comme le suggère l'exemple de l'usage de la contraception par les femmes africaines immigrées en France (chapitre 14). Il en va de même pour l'IVG, moins fréquente après l'immigration (chapitre 15). Les femmes se saisissent d'autant mieux de ces ressources que cette aspiration à maîtriser la fécondité existait sans doute avant la migration (Locoh, 2007) sans pouvoir être satisfaite faute de disponibilité ou d'accessibilité.

Hommes et femmes dans l'immigration

On ne s'étonnera pas que les asymétries de genre se manifestent dans le parcours d'immigration, pourtant sur ce terrain les changements se donnent à voir aussi. Comme l'avaient montré Beauchemin et ses collègues (Beauchemin, Borrel et Régnard, 2013), les migrations féminines et masculines d'Afrique vers la France se ressemblent de plus en plus. Sous l'effet des changements à l'œuvre en Afrique comme ailleurs dans les rapports de genre et de génération (Locoh, 2007), les femmes arrivent de plus en plus souvent pour tenter leur chance et trouver du travail, comme les hommes, parfois seules et parfois en laissant un conjoint au pays.

Pour autant les situations ne sont pas équivalentes une fois en France : les femmes qui ont dû fuir un pays apparaissent plus vulnérables que les

2 La santé observée en Seine-Saint-Denis.
<https://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/tableaudebordediton2013.pdf>

hommes qui sont venus pour la même raison. Elles sont plus exposées à la violence, sans doute sur le trajet de la migration, mais aussi une fois en France. Les difficultés d'installation, si elles touchent tout le monde, paraissent avoir des conséquences encore plus critiques pour les femmes, qui sont plus vulnérables à l'absence de logement. Pascale Jamoulle avait montré comment l'hébergement, le logement, est « la pierre angulaire des trajectoires de reconstruction psychique et sociale des migrants » (Jamoulle, 2013). *Parcours* montre que l'absence de logement expose particulièrement les femmes à la violence, en particulier à la violence sexuelle et aux rapports contraints. L'absence de titre de séjour vient renforcer encore cette vulnérabilité, enferme les femmes dans l'isolement, la dépendance et parfois l'exploitation. La souffrance psychologique apparaît particulièrement forte chez ces femmes venues seules, pour fuir une situation intenable dans leur pays, et qui arrivent souvent sans relations en France. Ces femmes, qui représentent une part croissante des migrations féminines, doivent être l'objet d'une vigilance et d'un soutien renforcés.

À côté de ces situations critiques, on observe aussi que les femmes africaines, quelle que soit la diversité des sociétés d'où elles viennent, adoptent un mode de vie très similaire aux femmes françaises, tout au moins sur les indicateurs de santé sexuelle et reproductive dont on dispose : elles ont entre deux à trois enfants en moyenne, un fort taux d'utilisation de la contraception médicale, elles s'intègrent sur le marché du travail, légèrement plus tard que les hommes, mais assez vite cependant.

Et les hommes ? La lutte contre le VIH auprès des populations immigrées en France au cours de ces dernières années pâtit de l'absence générale de discours de santé publique sur la santé sexuelle des hommes hétérosexuels, absence qui fait obstacle au déploiement de services et de programmes qui leur soient adaptés (Spencer, 1999). C'est évidemment encore plus vrai pour les hommes immigrés, qui sont particulièrement exposés dans le long cours de leur installation en France avec une sexualité marquée par le multipartenariat et la faible utilisation du préservatif. L'attention s'est focalisée sur les femmes, perçues comme les principales victimes de l'épidémie africaine. Les associations africaines de lutte contre le sida sont majoritairement des associations de femmes, les professionnels de santé apportent un soutien particulier aux femmes, perçues comme vulnérables, mais aussi parce que les femmes sont en demande de cette relation d'aide, avec laquelle les hommes, mêmes malades, gardent leurs distances, car elle va à l'encontre d'une certaine vision de la masculinité qui implique la force et l'indépendance (Bila et Egrot, 2008) (chapitre 10).

Avant d'être des immigrés, éventuellement des réfugiés ou des exilés, les personnes qui arrivent d'Afrique en France, en ayant eu l'énergie de quitter leur pays, sont avant tout des « aventuriers » (Bredeloup et Grégoire,

2014). Cette aventure est un parcours d'obstacles, y compris après l'arrivée en France. Hommes et femmes déploient, chacun à sa façon, des ressources insoupçonnées pour les franchir. Parcours montre que la survenue d'une maladie comme le VIH ou l'hépatite B est un des obstacles rencontrés sur la route, une fois en France. Il est surmonté comme les autres, et ne déroute pas, ou déroute peu, grâce en particulier au système de santé rencontré en France, aux soutiens reçus par les équipes soignantes et par les collectifs associatifs, et à la capacité de résilience de ces hommes et de ces femmes en quête d'une meilleure vie.

Bibliographie

- BEAUCHEMIN C., BORREL C., RÉGNARD C., 2013, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population & Sociétés*, 502.
- BILA B., EGROT M., 2008, « Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? », *Sciences et techniques*, hors-série 1, p. 85-91.
- BREDELOUP S., GRÉGOIRE E., 2014, *Migrations d'aventures : terrains africains*, Comité des travaux historiques et scientifiques (Géographie), Paris.
- BRINBAUM Y., SAFI M., SIMON P., 2015, « Les discriminations en France. Perceptions et expériences », in Cris BEAUCHEMIN, Christelle HAMEL et Patrick SIMON (dir.), *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*, Ined éditions (Grandes enquêtes), 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.
- DESGRÉES DU LOÛ A., 2014, « Conjugalité en Afrique : au-delà de la sexualité, les leçons d'une épidémie », *Études*, 4202, p. 21-29.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BROU H., TRAORE A.T., DJOHAN G., BECQUET R., LEROY V., 2009, « From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple », *Social Science & Medicine*, 69, 6, p. 892-899.
- GAJLLARD P., MELIS R., MWANYUMBA F., CLAEYS P., MUIGAI E., MANDALIYA K., BWAYO J., TEMMERMAN MARLEEN, 2002, « Vulnerability of women in an African setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. », *AIDS*, 16, 6, p. 937-939.
- GISTI, 2012, « Le changement de statut " étudiant " à " salarié ". Notes pratiques ».
- HERNANDO V., ALVÁREZ-DEL ARCO D., ALEJOS B., MONGE S., AMATO-GAUCI A.J., NOORI T., PHARRIS A., AMO J. DEL, 2015, « HIV infection in migrant populations in the European Union and European economic

area in 2007-2012 : an epidemic on the move », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 70, 2, p. 204-211.

IZAMBERT C., 2016, « Logique de tri et discriminations à l'hôpital public. Vers une nouvelle morale hospitalière », in Maud GELLY, Baptiste GIRAUD et Laure PITTI (dir.), *Quand la santé décuple les inégalités*, Éditions Agone, Marseille.

JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris.

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France ».

LOCOH T., 2007, « Introduction », in Thérèse LOCOH (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Ined, Paris (Les Cahiers de l'Ined).

MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2013, « Migrants from over there or racial minority here ? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture Health and Sexuality*, 15, p. 819-835.

MARTIN-FERNANDEZ J., CAILLAVET F., LHUISSIER A., CHAUVIN P., 2014, « Food insecurity, a determinant of obesity ? – an analysis from a population-based survey in the Paris metropolitan area, 2010 », *Obesity Facts*, 7, 2, p. 120-129.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2016, « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux ».

PRIEBE S., GIACCO D., EL NAGIB R., 2016, « Public health aspects of mental health among migrants and refugees : a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European region », Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports).

SPENCER B., 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, p. 29-33.

Liste des auteurs

Margot Annequin, post-doctorante au centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm, « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Nathalie Bajos, sociodémographe, directrice de recherche à l'Inserm, CESP, équipe « Genre, sexualité, santé »

Flávia Bulegon Pilecco, épidémiologiste, professeur du département de médecine préventive et sociale, Université fédérale de Minas Gerais (UFMG).

Pierre Chauvin, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, équipe de recherche en épidémiologie sociale, Sorbonne, UPMC Univ Paris 06, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique.

Annabel Desgrées du Lou, démographe, directrice de recherche à l'IRD, centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris-Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Rosemary Dray-Spira, médecin épidémiologiste, chercheure à l'Inserm.

Fred Eboko, politiste et sociologue, directeur de recherche à l'IRD, centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Marjorie Gerbier-Aublanc, socio-anthropologue, post-doctorante au LAUM/IIAC, EHES dans le cadre du programme Babels.

Virginie Gigonzac, épidémiologiste.

Anne Gosselin, post-doctorante au centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Agnès Guillaume, démographe, ingénieure de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Mireille Le Guen, démographe, doctorante en santé publique à l'IRD, centre Population et Développement (Ceped) et Inserm-Cesp, équipe « Genre, sexualité, santé ».

Eva Lelièvre, démographe, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (Ined).

France Lert, ancienne directrice de recherche Inserm, chercheure associée au centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD).

Fredérique Limousi, médecin de santé publique.

Nathalie Lydié, responsable de l'unité Santé sexuelle, Santé publique France.

Barbara Maraax, gynécologue et doctorante en santé publique au Ceped, équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Élise Marsicano, sociodémographe, maître de conférences à l'université de Strasbourg.

Julie Pannetier, post-doctorante au centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Dolores Pourette, anthropologue, chargée de recherche à l'IRD, centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD), équipe ERL Inserm « Santé, genre et vulnérabilités au Sud ».

Andrainolo Ravalihasy, statisticien, ingénieur d'étude au centre Population et Développement (Ceped, UMR université Paris Descartes-IRD).

Nicolas Vignier, médecin et doctorant, équipe de recherche en épidémiologie sociale, Sorbonne, UPMC Univ Paris 06, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique.

Table

Liste des sigles utilisés	5
Préface, par Jean-François Delfraissy	7
Remerciements	11
Introduction, par Annabel Desgrées du Loû et France Lert	17
Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée, par Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin	27

PREMIÈRE PARTIE

S'INSTALLER EN FRANCE

1. L'installation en France au fil des décennies : la situation a-t-elle évolué ? par Anne Gosselin, Annabel Desgrées du Loû, Eva Lelièvre	53
<i>L'installation est un processus de plus en plus lent</i>	57
<i>Hommes et femmes : de modes d'installation différenciés à une convergence des profils ?</i>	66
<i>Conclusion</i>	70
<i>Bibliographie</i>	71

- 2. Trajectoires et mobilités professionnelles autour de la migration,**
par Margot Annequin, Anne Gosselin, Rosemary Dray-Spira 73
- Actifs au pays : diversité de l'emploi avant la migration, concentration de l'emploi en France* 74
- Inactifs au pays : actifs en France mais dans des professions peu qualifiées, sauf pour les étudiants* 85
- Conclusion* 89
- Bibliographie* 90
- 3. Migration et évolutions des situations conjugales : entre diversification des partenaires et persistance des asymétries de genre,**
par Mireille Le Guen, Annabel Desgrées du Loû, Nathalie Bajos, Élise Marsicano 92
- Des situations conjugales à l'arrivée en France similaires pour les femmes et les hommes* 94
- Les conditions de vie influencent l'entrée en union des hommes* 99
- La migration comme ouverture à des partenaires diversifiés ?* 101
- Une asymétrie de genre qui perdure quelle que soit la mixité* 104
- Conclusion* 109
- Bibliographie* 110
- 4. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses,**
par Nicolas Vignier, Pierre Chauvin, Rosemary Dray-Spira 113
- Accès à une couverture maladie après l'arrivée en France* 116
- Des ruptures de couverture en lien avec la perte du droit au séjour* 120
- Des couvertures maladie diversifiées et incomplètes* 123
- La fréquence du renoncement aux soins* 128
- Des refus de soins peu fréquents* 130
- Conclusion* 132
- Bibliographie* 133

DEUXIÈME PARTIE

UNE POPULATION PARTICULIÈREMENT TOUCHÉE
PAR DEUX MALADIES : LE VIH ET L'HÉPATITE B

5. Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH , par Annabel Desgrées du Loû, Andrainolo Ravalihasy, Julie Pannetier	139
<i>Le VIH : une infection importée ou contractée en France ?</i>	141
<i>Situations sexuelles en France et infection VIH après la migration</i>	145
<i>Influence des conditions de vie sur les situations sexuelles à risque : des profils différents</i>	149
<i>Conclusion</i>	155
<i>Bibliographie</i>	158
6. Violences sexuelles : place dans le parcours de vie et relation avec le risque d'infection VIH en France , par Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Annabel Desgrées du Loû	160
<i>Violences sexuelles : cycle de vie et parcours migratoire</i>	161
<i>Rôle des conditions de vie et des conditions de la migration dans l'exposition aux violences sexuelles après l'arrivée en France</i>	165
<i>Violences sexuelles et infection VIH après l'arrivée en France</i>	168
<i>Conclusion</i>	169
<i>Bibliographie</i>	171
7. Recours au dépistage du VIH : des leviers bien identifiés mais encore des opportunités à créer , par Frédérique Limousi, Nathalie Lydié	173
<i>Un diagnostic du VIH survenant pour la plupart des personnes déjà infectées dans les deux ans suivant leur arrivée</i>	175
<i>Rôle des professionnels de santé et de la prise en charge sociale dans le premier dépistage en France</i>	177
<i>Comportements de dépistage : des profils contrastés</i>	183
<i>Personnes jamais dépistées : des situations encore trop nombreuses</i>	189
<i>Conclusion</i>	191
<i>Bibliographie</i>	192

- 8. Les immigrés subsahariens suivis pour une hépatite B chronique : caractéristiques et accès au diagnostic et aux soins**, par Rosemary Dray-Spira, Virginie Gigonzac, Nicolas Vignier 195
- Un groupe spécifique et hétérogène
au regard des conditions de vie et de la maladie* 196
- Accès au diagnostic d'hépatite B chronique après l'arrivée en France :
rôle des professionnels de santé et de la prise en charge sociale* 200
- Un niveau élevé d'accès aux soins
au décours du diagnostic d'hépatite B chronique en France* 204
- Conclusion* 205
- Bibliographie* 206

TROISIÈME PARTIE

FAIRE FACE : LA VIE EN FRANCE AVEC LE VIH
OU UNE HÉPATITE B

- 9. L'impact du diagnostic VIH ou hépatite B sur les trajectoires de vie des immigrés subsahariens**, par Anne Gosselin, Annabel Desgrées du Loû et Eva Lelièvre 209
- Mesurer les impacts respectifs de la migration
et des diagnostics dans les trajectoires de vie* 212
- La migration : un impact majeur sur les trajectoires de vie* 216
- L'absence d'impact du diagnostic sur l'emploi ou le couple :
quelle interprétation ?* 218
- Diagnostic et bien-être perçu : choc et résilience* 219
- Titre de séjour pour soins : le revers de la médaille* 220
- Conclusion* 221
- Bibliographie* 222
- 10. Genre et relation de soin entre soignants et patient-e-s originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH ou ayant une hépatite B chronique**, par Dolorès Pourette 225
- Du côté des malades : une relation entre attachement et distance
où les conflits de perspectives ne s'expriment pas toujours* 226
- Du côté des soignants : engagement personnel, distanciation,
discontinuité de la relation* 234
- Conclusion* 238
- Bibliographie* 241

11. Des capacités d'agir révélées par le vécu collectif de la maladie ? Le cas des femmes dans les associations de lutte contre le VIH, par Marjorie Gerbier-Aublan	243
<i>L'engagement associatif pour répondre aux situations de vulnérabilité</i>	244
<i>L'accompagnement social en France, un espace de négociation</i>	248
<i>L'accès aux espaces de représentation : une voix subversive</i>	251
<i>Des capacités d'agir bridées ?</i>	256
<i>Conclusion</i>	259
<i>Bibliographie</i>	260
 QUATRIÈME PARTIE	
« ET LA SANTÉ ON DIT QUOI » ?	
12. Santé, besoins de prévention et de soins, par Andrainolo Ravalihasy, France Lert et Nicolas Vignier	265
<i>Centres de santé généralistes et centres pour l'accès aux soins et aux droits : des publics différents, mais des besoins de santé (presque) similaires</i>	267
<i>Besoins de prévention</i>	275
<i>Conclusion</i>	282
<i>Bibliographie</i>	283
13. Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression, par Julie Pannetier, Annabel Desgrées du Loû, France Lert	287
<i>Mesurer la souffrance psychique des populations immigrées</i>	288
<i>Les parcours migratoires qui fragilisent la santé mentale</i>	293
<i>Santé mentale et VIH : une vulnérabilité spécifique ?</i>	295
<i>Conclusion</i>	296
<i>Bibliographie</i>	296
14. La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes, par Barbara Maraux, France Lert	299
<i>Des besoins en contraception diversifiés selon les profils migratoires</i>	300

*Pratiques contraceptives :
niveau et type de méthodes utilisées en France* 304

Conclusion 311

Bibliographie 311

**15. Recours à l'avortement : changements
autour de la migration**, par Flávia Bulegon Pilecco
et Agnès Guillaume 314

Le recours à l'avortement au cours de la vie 316

*L'évolution de la pratique de l'avortement
dans le contexte de la migration* 318

Conclusion 324

Bibliographie 325

**16. Parcours : archives du corps et leçons politiques
d'un défi scientifique**, par Fred Eboko 327

Les contextes de départ des parcours migratoires 329

À l'arrivée en France : la production de la précarité 333

La santé publique, élément de l'intégration ?

Ministère de la Santé versus ministère de l'Intérieur 335

Conclusion 337

Bibliographie 338

Conclusion, par France Lert et Annabel Desgrées du Lou 341

Liste des auteurs 353

CPI
BUSSIÈRE



Composition Facompo, Lisleux.
Impression réalisée par CPI Bussière
à Saint-Amand-Montrond (Cher)
en juin 2017.
Dépôt légal : juillet 2017
Numéro d'imprimeur : 2030573
Imprimé en France

Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France



Sous la direction de
Annabel Desgrées du Loû
France Lert

Avec des contributions de :

Margot Annequin • Nathalie
Bajos • Flávia Bulegon Pilecco
• Pierre Chauvin • Annabel
Desgrées du Loû • Rosemary
Dray-Spira • Fred Eboko •
Marjorie Gerbier-Aublanç •
Virginie Gigonzac • Anne Gosselin
• Agnès Guillaume • Mireille Le
Guen • Eva Lelièvre • France Lert
• Frédérique Limousi • Nathalie
Lydié • Barbara Maraux • Élise
Marsicano • Julie Pannetier •
Dolorès Pourette • Andrainolo
Ravalihasy • Nicolas Vignier.

Préface de :

Jean-François Delfraissy

Pourquoi et comment l'infection
VIH percute-t-elle la vie des
immigrés d'Afrique subsaharienne en France ?

Première étude quantitative d'ampleur menée par des chercheurs et des associations au sein de cette population particulièrement touchée par le virus, l'enquête ANRS Parcours a retracé en 2012-2013 les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé de ces immigrés. Elle met en relief les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux et professionnels à l'arrivée en France, et leurs conséquences en termes de santé.

Plus qu'une recherche en santé publique, Parcours est une étude sur l'immigration en provenance de cette région du monde, une immigration marquée par des années de fragilité administrative et d'insécurité au quotidien. Elle met au jour les facteurs structurels qui pèsent, souvent de façon durable, sur l'installation des immigrés en France et accroissent leurs risques d'être infectés par le VIH une fois sur place. Elle montre aussi l'importance des dispositifs qui mettent en œuvre le principe d'universalité de l'accès aux soins (AME, PASS, associations humanitaires) et la nécessité de les garantir.

Car la lutte contre le sida, véritable maladie de la précarité, passe par la réduction des inégalités de santé.

Cette recherche a été conduite sous la responsabilité scientifique d'Annabel Desgrées du Loû (IRD), France Lert, Rosemary Dray-Spira et Nathalie Bajos (Inserm) et Nathalie Lydié (Santé publique France). Elle a été financée par l'Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de la Direction générale de la santé et de l'agence Santé publique France.



En couverture : © Lionel Préau / Riva Press.



La Découverte

www.editionsladecouverte.fr
9 bis, rue Abel-Hovelacque
75013 Paris

25 €

ISBN 978-2-7071-9645-3



07 2017