

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.

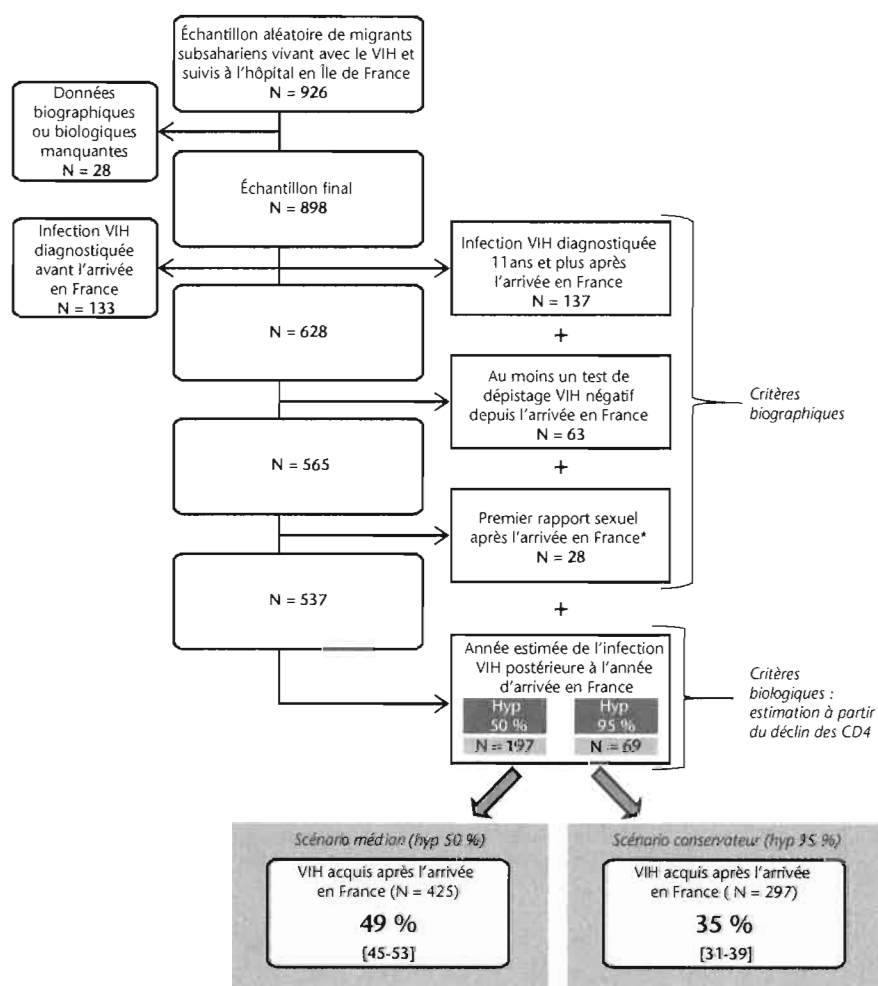
Les raisons de cette vulnérabilité sont diverses, et pas toujours bien connues. L'enquête de 2005 sur les connaissances et attitudes des populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida a montré une organisation de la sexualité qui peut être propice à la diffusion du virus (Lydié *et al.*, 2007) : 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

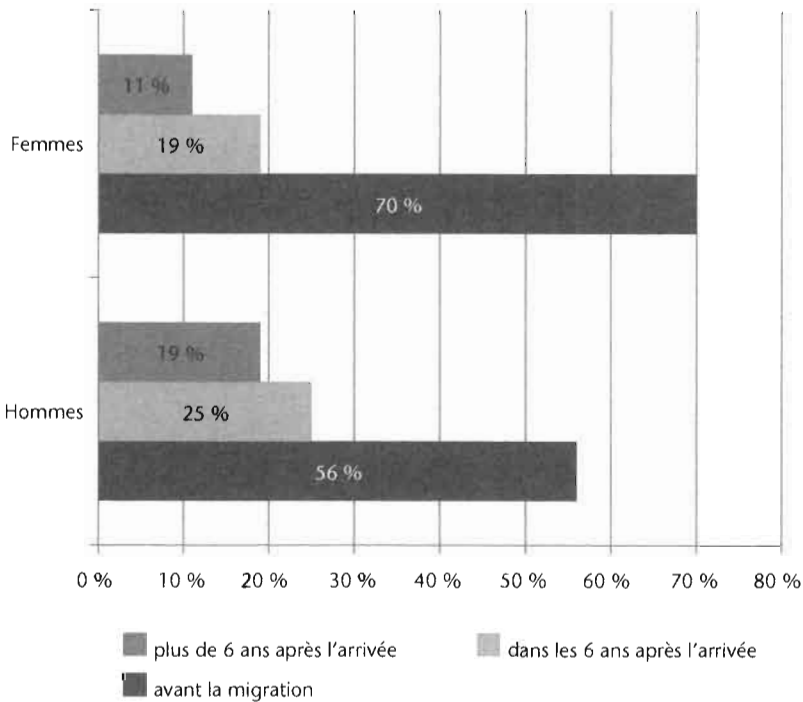
de dépistage du VIH négatif, ou encore qui avaient commencé leur vie sexuelle en France, ont été considérées comme infectées en France. Pour toutes les autres, nous avons utilisé une modélisation du déclin des lymphocytes CD4, cellules marqueurs de l'immunité, pour estimer à partir du nombre de CD4 au 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 Loû *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 souhaitent 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.

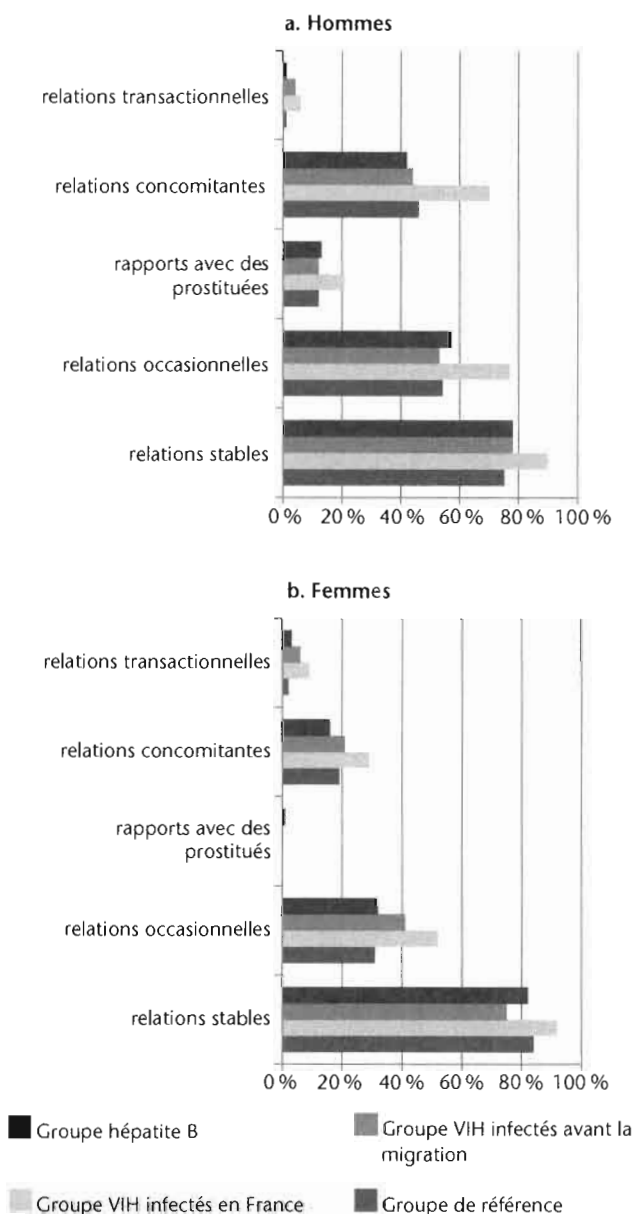
Note : nous ne traitons pas dans ce chapitre de la question des rapports sexuels forcés, qui sont d'un autre ordre, et font l'objet du chapitre 6.

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.

Desgrées du Loû Annabel, Ravalihasy
Andrainolo, Pannetier J.

Des situations de précarité qui exposent
aux risques sexuels et au VIH.

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

Paris (FRA) : La Découverte, 2017, 139-
159. ISBN 978-2-7071-9645-3