

Les immigrants subsahariens face au VIH : des situations contrastées

Annabel Desgrées du Loû, Éva Lelièvre,
Maider Couillet et France Lert
pour le groupe PARCOURS

Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

<http://www.cepel.org/wp>

Contact • Auteure correspondante

Annabel Desgrées du Loû, Démographe IRD
CEPED, UMR 196 Université Paris Descartes-INED-IRD
19 rue Jacob, 75006 Paris
Tel : 01 78 94 98 74 - Fax : 01 78 94 98 79
annabel.desgrees@ird.fr

Auteurs

Eva Lelièvre, Démographe
INED, 133 boulevard Davout, 75980 Paris Cedex 20
Tel : 01 56 06 21 31
eva@ined.fr

Maidier Couillet, Assistante de recherche
CEPED, UMR 196 Université Paris Descartes-INED-IRD
19 rue Jacob, 75006 Paris
Tel : 01 78 94 98 70 - Fax : 01 78 94 98 79
m.aider@live.fr

France Lert, Chercheur en santé publique
INSERM, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations
Hôpital Paul Brousse
16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif
Tel : 01 77 74 74 01 (secrétariat 00, fax 03)
France.lert@inserm.fr

Citation recommandée • Recommended citation

Desgrées du Loû A., Lelièvre É., Couillet M., Lert F., « Les immigrés subsahariens face au VIH : des situations contrastées », *Working Paper du CEPED*, numéro 23, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, avril 2012.

Available at <http://www.cephed.org/wp>

CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD
19 rue Jacob, 75006 Paris - France
<http://www.cephed.org/> • contact@cephed.org

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.

Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*

Copyrights are held by the authors.

Les immigrés subsahariens face au VIH : des situations contrastées

Annabel Desgrées du Loû, Éva Lelièvre†, Maider Couillet*, France Lert‡
pour le groupe PARCOURS*

Résumé

Les « immigrés africains » ne constituent pas un bloc homogène, et les conséquences de l'infection VIH/Sida sur la vie des personnes nées en Afrique et vivant aujourd'hui en France dépendent largement des conditions sociales, économiques, administratives dans lesquelles elles sont arrivées puis ont vécu en France. Dans une recherche exploratoire pour mettre en place l'étude PARCOURS (Parcours de vie, VIH/Sida et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en Ile de France, projet ANRS 2010-2013), nous avons cherché à décrire les grandes lignes de cette diversité de situations.

Nous présentons ici les résultats de cette phase exploratoire : nous résumons ce que l'on peut connaître de la population des immigrés africains vivant en France à partir des données démographiques existantes. Nous montrons ensuite, à partir de douze entretiens biographiques réalisés auprès de patients vivant avec le VIH, nés dans un pays d'Afrique subsaharienne et suivis dans trois services hospitaliers d'Ile de France, comment trois grands types de profils se dégagent selon le moment où l'on a appris son infection dans la trajectoire migratoire.

Mots clés

Migrants africains, VIH/Sida, trajectoire de vie, approche biographique, dépistage

Abstract

"African migrants" do not form a homogeneous group and the consequences of HIV/AIDS infection on the lives of persons born in Africa and now living in France depend to a large extent on the social, economic and administrative conditions they experience at the time of their arrival and during their stay in the country. To explore this diversity of situations, we begin with a brief description, based on existing demographic data, of the population of African migrants living in France.

Then, using the life event histories of twelve patients born in sub-Saharan Africa, living with HIV and followed by three hospitals in the Paris region, we show that three main types of profiles can be defined, depending on the stage in the migration trajectory when the migrants discover their HIV infection.

Key Words

African migrants, HIV/Aids, life course, life-event history approach, HIV-testing

* Institut de Recherche pour le Développement (IRD), CEPED, France.

† Institut national d'Études démographiques (INED).

‡ Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM).

Introduction

En France, les immigrés d’Afrique subsaharienne apparaissent particulièrement touchés par l’infection VIH, avec un taux de découverte de séropositivité en 2005 plus de cent fois supérieur à celui que l’on observe chez les personnes de nationalité française (InVS, 2007).

Cette situation reflète bien évidemment la situation de l’épidémie au niveau mondial, puisque le continent africain est la région du monde la plus touchée (ONUSIDA, 2006). Cependant, une partie des contaminations des immigrés africains vivant en France se sont probablement produites en France et non dans le pays d’origine car un quart est infecté par le sous-type B, peu présent sur le continent africain et majoritaire en France et en Europe de l’Ouest (InVS, 2007).

Il est donc nécessaire d’explorer de façon spécifique pour cette population la prévention de l’infection VIH, son dépistage, sa prise en charge et la vie avec l’infection.

Pendant longtemps en France ces questions n’ont pas été posées de façon spécifique pour les immigrés. La réflexion évolue à la fin des années 1990 avec la publication pour la première fois des données de surveillance par nationalité (InVS, 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).

Dès 2002 une réflexion est alors menée à l’ANRS sur la nécessité d’explorer le lien entre sida et immigration, malgré toutes les difficultés que cela représente, aussi bien méthodologiques¹ qu’éthiques (ANRS, 2002 ; Fassin, 2001). Une des conclusions est la nécessité d’interroger l’infection à VIH chez les immigrés dans une perspective biographique : pour comprendre leur situation face à l’infection, il est en effet nécessaire de comprendre comment et quand survient la maladie dans les parcours migratoires et sociaux des individus, et en quoi elle modifie ces parcours². Une recherche rassemblant plusieurs équipes s’engage alors dans cette voie : le projet PARCOURS³.

Ce papier présente la réflexion exploratoire aux prémices de ce projet : pour construire une enquête biographique à large échelle qui permette de mieux comprendre les divers mécanismes par lesquels le VIH/Sida intervient dans les parcours de vie des immigrés, nous avons tout d’abord cherché à décrire, à partir des données existantes, la population des immigrés d’Afrique subsaharienne vivant en France. Nous en présentons dans la première partie de ce papier une brève synthèse⁴.

Nous avons ensuite mené, au cours de l’année 2009, une série d’entretiens auprès de patients vivant avec le VIH, nés dans un pays d’Afrique subsaharienne et suivis dans trois services hospitaliers parisiens. Dans la deuxième partie de ce papier, nous montrons comment ces entretiens exploratoires nous ont conduits à caractériser trois grands types de profils chez les immigrés africains vivant avec le VIH.

¹ L’ensemble de l’appareil de statistique publique en France étant traditionnellement réticent à publier des analyses prenant en compte l’origine des individus.

² France Lert « Bilan du groupe de travail migrants ». ANRS, décembre 2007, 13 p.

³ Projet « Parcours de vie, VIH/Sida et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en Ile de France », soutenu par l’ANRS. Responsables scientifiques : Annabel Desgrées du Loû, France Lert, Rosemary Dray Spira, Nathalie Lydie, Nathalie Bajos, Caroline Moreau – www.parcours-sante-migration.com

⁴ Un rapport complet de notre synthèse peut être consulté à l’adresse suivante : http://www.ceped.org/IMG/pdf/ceped_wp09.pdf

Les immigrés subsahariens vivant en France : des situations sociales et des trajectoires migratoires très différentes

Les immigrés d'Afrique subsaharienne, c'est-à-dire les personnes nées en Afrique subsaharienne, de nationalité étrangère à la naissance, et résidant actuellement en France, représentaient environ 570 000 personnes en 2004, soit seulement 12 % des immigrés en France. À ce chiffre s'ajoutent les personnes en situation irrégulière, non recensées dans les statistiques publiques, et dont la proportion est estimée à 10 % de l'ensemble des étrangers (Lessault et Beauchemin, 2009). Dans la suite du document nous pourrions aussi employer le terme « Africains vivant en France » pour nommer cette population, quels que soient la nationalité actuelle (étrangers ou français par acquisition) et le statut administratif (régulier ou non)⁵.

Avoir des chiffres précis pour décrire cette population est loin d'être évident car les sources statistiques sont disparates : certaines correspondent aux étrangers au moment de leur arrivée en France (statistiques de l'immigration), d'autres à la population née à l'étranger et vivant en France une année donnée (données de recensement), d'autres encore correspondent à des populations spécifiques fréquentant des associations d'aide aux étrangers (COMEDE, CIMADE) ; enfin certaines enquêtes spécifiques ont été menées. Les sources nationales sont les plus complètes et représentatives, mais elles ne prennent pas en compte les personnes sans statut administratif légal. Afin d'avoir une idée la plus exhaustive possible, il a été nécessaire de recenser et de mettre en perspective les différentes sources possibles (Couillet, 2010).

La description de la population des Africains vivant en France à partir du recensement (sans considérer les personnes en situation irrégulière) révèle une population jeune, d'un niveau d'instruction plus élevé en moyenne que dans le reste de la population française, avec un peu plus d'hommes que de femmes. Plus de 80 % d'entre eux sont mariés, mais seulement 49 % vivent en couple, certains conjoints étant restés dans le pays d'origine. Seulement 47 % des personnes en couple ont un conjoint du même pays d'origine ; près de la moitié sont en couple avec un Français non immigré, et cela de façon symétrique entre les hommes et les femmes (Insee, 2005).

Le chômage est plus important que chez les non-immigrés, et au sein de la population immigrée il touche moins les personnes ayant acquis la nationalité française (11 % *vs* 19 %) (Insee, 2005).

Près d'une personne sur dix vit en collectivité. La proportion d'Africains vivant dans des foyers de travailleurs est trois fois plus importante que pour les autres populations immigrées, et trente fois plus importante que dans la population non immigrée (tableau 1).

Ces grands chiffres synthétiques ne doivent pas faire oublier que les Africains vivant en France forment surtout un groupe très hétérogène, que ce soit en termes de pays d'origine, de parcours migratoire, de caractéristiques sociodémographiques et de conditions de vie sociale en France.

Les principaux pays d'origine sont le Cameroun, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo, le Congo-Brazzaville, le Mali et la Guinée (Thierry, 2007). Ces pays connaissent des situations tant économiques que politiques très diverses, et sont plus ou moins

⁵ Par souci de concision, nous emploierons le terme « Africains » pour « Africains d'Afrique subsaharienne », étant bien entendu que c'est un abus de langage puisque le terme « Africains » désigne aussi les ressortissants des pays d'Afrique du Nord que nous ne prenons pas en compte ici car l'épidémiologie du VIH dans leurs pays d'origine est très différente.

touchés par l'épidémie de sida : la prévalence du VIH dans la population générale est de moins de 1 % au Sénégal tandis qu'elle avoisine 6 % en Côte d'Ivoire (ONUSIDA, 2006).

Si la tendance générale est à une immigration jeune (94 % sont arrivés en France avant 49 ans, et plus de la moitié avant 29 ans), il existe cependant tout un éventail de situations selon l'âge auquel on arrive en France (enfant, adolescent, adulte jeune ou d'âge mûr) et les conditions sociales et familiales lors de cette arrivée (étudiant ou non, célibataire ou en couple, salarié ou à la recherche d'un travail, avec ou sans enfants) (tableau 2). Ces situations se déclinent différemment selon que l'on est un homme ou une femme. Les femmes sont arrivées en France plus souvent en couple que les hommes, dont 4 sur 5 étaient célibataires à l'arrivée (Insee, 2005).

Pour comprendre la situation des Africains vivant en France avec le VIH, il va être nécessaire de considérer cette diversité des parcours : les conditions de vie avec l'infection dépendront des itinéraires migratoires et du moment où l'on découvre cette infection, mais aussi des conditions familiales, sociales, économiques et administratives dans lesquelles on vit en France : avec ou sans sa famille, en couple ou célibataire, hébergé chez des amis ou dans son propre logement, travailleur clandestin ou déclaré, sans travail, etc.

VIH et parcours migratoire : trois types de profils

Afin d'explorer les parcours d'Africains vivant en France avec le VIH et dans le cadre de la préparation d'une enquête à large échelle, nous avons donc entrepris de conduire des entretiens exploratoires auprès de patients suivis dans divers services hospitaliers : le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Tenon, le service de médecine Interne de l'Hôpital La Pitié Salpêtrière, le service de maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Antoine. Ces entretiens ont été menés par les auteures à partir d'une grille biographique qui aidait le patient à se remémorer et à mettre en parallèle la succession des événements de sa vie à travers diverses dimensions : les différents lieux de vie, les études et le parcours professionnel, les unions et les enfants nés de ces unions, les événements de santé (y compris la découverte de l'infection VIH, la mise sous traitement) (Le Cœur *et al.*, 2005 ; Lelièvre et Vivier, 2001). Cinq femmes et sept hommes ont été rencontrés (tableau 3). L'entretien était proposé par le médecin au patient lors de sa consultation. Il était bien précisé que la participation à cet entretien était anonyme et volontaire, qu'elle n'influaient en rien le suivi médical ultérieur. L'entretien était mené ensuite par la chercheuse dans une pièce fermée, en toute confidentialité. L'histoire de vie racontée par le patient était collectée par la chercheuse sous forme de notes sur la grille biographique. Les entretiens n'étaient pas enregistrés.

Des entretiens ont aussi été réalisés auprès de plusieurs soignants dans les services : trois médecins et une assistante sociale.

Un des objectifs de ces entretiens était d'identifier la variété des situations socio-familiales et migratoires des patients, quelle que soit leur fréquence, et sans, à ce stade, tenter la moindre quantification.

L'analyse de ces entretiens révèle trois grands types de situation, au sein desquels la vie avec le VIH se décline dans des termes très différents :

A) les personnes qui ont appris leur infection en France, alors qu'elles étaient déjà arrivées depuis plusieurs années et qu'elles avaient en France des attaches et une insertion sociale, en général une profession, une famille ;

B) les personnes qui ont appris leur infection en France alors qu'elles étaient arrivées depuis peu, souvent sans famille. Elles restent en France pour se faire soigner mais avec un réseau social et familial dans leur pays d'origine ;

C) les personnes qui ont découvert leur infection dans leur pays et sont venues en France parce qu'elles se savaient malades.

Ces trois profils émergent de notre corpus, non pas en raison d'une répartition d'effectifs comparables, mais plutôt au fil du terrain ; ils se sont imposés comme faisant sens du point de vue du parcours migratoire, de la révélation et du vécu de la maladie. Ces profils ressortent comme des types fortement dissociés du point de vue de l'expérience des personnes, des soignants et de la représentation sociale. Nous les présentons ci-dessous, en illustrant chaque profil par un ou deux brefs « portraits biographiques » sous forme d'encadrés, portraits retracés à partir de nos notes.

Découvrir son infection en France, plusieurs années après son arrivée

Les personnes qui étaient déjà arrivées en France depuis plusieurs années au moment où elles ont appris qu'elles étaient infectées par le VIH/Sida ont des relations en France, des amis, bien souvent une famille, un conjoint. Cet entourage est à la fois leur force et une source d'inquiétude, comme le montre bien l'histoire de Madame I : elle en veut à son mari de l'avoir infectée, mais elle déclare que c'est lui qui la soutient, en particulier dans la prise de médicaments.

L'infection par le VIH n'a pas modifié son mode de vie : elle vit en couple, son mari et elle travaillent, ils ont deux enfants qui se portent bien. Par contre, son quotidien est marqué par la peur du regard des autres, et en particulier des autres Africains de son entourage. « *Chez nous, tout le monde s'occupe de tout* » dit-elle. Deux signes la préoccupent en particulier, dont elle craint l'interprétation par « l'entourage » : maigrir, et ne pas avoir d'autres enfants. Ces deux éléments signeraient sa maladie et la rendraient visible à « tous » (sous-entendu l'entourage africain), en France comme au pays.

Madame I, Malienne, 30 ans

Madame I est née à Bamako. Elle est venue à Paris à 24 ans « tenter sa chance ». Arrivée d'abord chez une tante, elle rencontre un an après son arrivée à Paris son mari actuel qu'elle épouse l'année suivante. Il est aussi malien et avait une carte de séjour de 10 ans, donc par son mariage elle a eu aussi droit à ce statut de résident. Ils ont deux enfants âgés de 4 et 2 ans. Lui est laveur de vitres et elle femme de ménage. Ils habitent un appartement avec leurs deux enfants et la fille aînée du mari (16 ans), d'une première union.

En 2005 et 2007, pour ses deux grossesses, elle avait eu un dépistage du VIH, négatif. Quand son deuxième bébé avait 5 mois, elle a été malade. Le médecin généraliste a prescrit un nouveau dépistage qui était cette fois positif. Elle a été hospitalisée et a dû sevrer l'enfant, sevrage qu'elle a particulièrement mal vécu. Cette annonce de séropositivité a été un coup dur pour elle. Elle en veut terriblement à son mari de l'avoir infectée. Elle a réalisé par la suite qu'il se savait infecté et était suivi (dans un autre hôpital). Elle lui en veut de ne pas s'être protégé. Elle lui en veut en particulier pour l'enfant qu'il a mis en danger puisqu'elle l'allaitait (l'enfant n'est pas infecté). Cependant, c'est son mari qui l'aide à prendre ses médicaments quand elle est trop déprimée.

Elle est très angoissée. Ses deux craintes sont le fait de maigrir et de ne plus avoir d'enfants. Le fait de ne pas récupérer son poids « d'avant », en particulier, l'obsède. Elle se pèse tous les jours. Elle souhaite vivement retourner au Mali pour voir sa famille, et sa fille restée au pays, mais ne le fera que si elle a grossi. Elle a beaucoup de questions sur « ce que fait la maladie » et sur la possibilité d'avoir des enfants. Son travail l'aide à calmer ses angoisses. Elle fait des ménages chez une personne vivant avec le VIH, qu'elle a rencontrée dans ce service, qui est infectée depuis 20 ans, et qui chaque semaine prend un peu de temps avec elle pour parler de la maladie et lui explique qu'on peut vivre avec, aujourd'hui avec les traitements.

Dans son entourage, seul son mari est au courant de son infection. Elle demande des médicaments qui n'ont pas à être mis au frigidaire pour que sa belle fille de 16 ans ne se doute de rien.

Chez les personnes qui vivaient en France depuis plusieurs années mais dans des conditions administratives précaires (titres de séjours provisoires, absence de statut légal), la découverte du VIH conduit à une régularisation de ce statut administratif. Le « corps malade » ouvre le droit au séjour, comme Didier Fassin (2002) l'a bien décrit. L'histoire de Monsieur E est emblématique de ce processus : en France depuis 2001, il s'est « débrouillé » sans papiers jusqu'en 2007, parfois sans logement, sans travail. La découverte de son infection en 2007 lui permet d'introduire une demande de séjour pour raisons médicales (il ne le fera qu'après avoir vérifié les chances de succès de l'opération). Muni enfin d'un titre de séjour, il récupère un logement, un travail, et peut enfin retourner quelques semaines dans son pays pour voir sa famille : paradoxalement, la libre circulation entre son pays d'origine et la France est devenue possible grâce à la maladie.

Monsieur E, Camerounais, 33 ans

Né au Cameroun, il a fait une formation de technicien, et a travaillé ensuite dans une entreprise familiale d'ingénierie.

À 26 ans il a quitté l'entreprise familiale, en raison d'un désaccord avec son cousin, et est venu en 2001 tenter sa chance en France où il avait des amis et de la famille. Il a trouvé du travail au bout d'une semaine, dans la sécurité, un travail qui ne demande aucune qualification. Il n'a pas cherché de travail dans sa branche (mécanographie) « à cause de son manque de papiers ». Dans la sécurité, il a travaillé pendant des années en donnant à son employeur les papiers de quelqu'un d'autre. Il a habité en colocation quelques mois à son arrivée, puis très vite il a loué un studio seul. En 2007, il est parti vivre huit mois chez une cousine, ne pouvant plus payer son loyer, ayant dû quitter son emploi pendant un moment car il ne pouvait plus travailler avec les papiers d'un autre.

Il faisait régulièrement des tests de dépistage à l'occasion de bilans de santé, depuis son arrivée en France en 2001. Ils étaient négatifs jusqu'à celui de 2007 qui s'est avéré positif.

Il n'avait jamais fait de demande de titre de séjour depuis son arrivée en France, car il craignait de ne pas remplir les conditions. Lorsqu'il a su qu'il était séropositif, le service de soin lui a fait une attestation médicale pour instruire la demande de titre de séjour. Neuf mois après, il a eu une carte de séjour (d'un an renouvelable). Il a pu alors aller trois semaines au Cameroun à l'occasion des funérailles de son grand frère. C'est depuis qu'il a obtenu cette carte de séjour qu'il se sent vraiment à l'aise en France. Il a repris son travail dans la sécurité et il a récupéré son studio. Il n'a pas de symptômes VIH et n'est pas sous traitement. Il va bien.

Il a des partenaires occasionnelles et dit protéger systématiquement tous ses rapports. Il ne veut pas s'engager plus et avoir une « copine » car il ne saurait pas quoi lui dire si elle voulait arrêter le préservatif.

Apprendre son infection en France peu de temps après l'arrivée, ou à l'occasion d'un séjour qui devait être court

La situation est tout autre pour les personnes qui ont fait un dépistage du VIH qui s'est révélé positif peu de temps après leur arrivée en France, alors qu'elles n'y avaient pas encore un réseau social établi, et bien souvent pas de logement fixe. Se retrouvent dans cette situation des personnes qui venaient d'arriver en France pour « tenter leur chance », trouver un travail, s'y installer quelques années, mais aussi des personnes qui venaient en France seulement pour quelques semaines, bien souvent dans le cadre de leur activité professionnelle. Dans les deux cas, ces personnes se sont vu proposer un test de dépistage du VIH à l'occasion de symptômes ou maladie quelconque : hospitalisation pour une hernie, forts maux de tête, fièvre... Comme cela a déjà été montré, le personnel soignant en France propose fréquemment en effet le dépistage du VIH aux personnes venant d'Afrique subsaharienne, selon les recommandations du programme VIH-migrants du ministère de la Santé, en raison de la prévalence plus élevée de l'infection dans ces pays. Une visite en France est donc bien souvent une occasion d'accès au dépistage (Lydie, 2007), que l'on n'a pas forcément eue dans le pays d'où l'on vient, où la couverture en dépistage reste faible (ONUSIDA, 2006).

Dans ce cas de figure et avec des perspectives de soins réduites dans le pays d'origine, la découverte de l'infection VIH bouleverse totalement les projets immédiats : soit la personne était seulement de passage en France, et elle se retrouve contrainte à y rester, pour avoir un accès aux traitements adéquats ; soit elle était venue pour « tenter sa chance », mais le projet d'installation en France doit alors tenir compte de cette réalité nouvelle de l'infection VIH. La prise en charge médicale qui est mise en place à partir du dépistage positif s'accompagne le plus souvent d'une prise en charge sociale, avec l'appui des associations qui atténue les difficultés que peuvent rencontrer de nombreux migrants à « l'arrivée » : l'accès à un titre de séjour est facilité par le statut de « malade », comme on l'a vu pour le premier profil. Dans les services hospitaliers de prise en charge du VIH, des assistantes sociales mais aussi des associations de soutien aux patients sont présentes et facilitent l'accès à un logement et à diverses sortes d'aides.

Cependant, si certaines difficultés de l'arrivée en France sont ainsi aplanies, les personnes que nous avons rencontrées ont toutes souligné la solitude qu'elles ressentent : elles n'ont pas de famille en France, leur famille, leur conjoint(e) le cas échéant, est resté(e) au pays et elles ne veulent pas l'informer par téléphone de leur séropositivité. En France, elles redoutent les réactions de l'entourage si elles parlent de leur infection, n'osent en parler à personne de peur que la nouvelle soit divulguée à tous, et bien souvent n'ont pour interlocuteur que l'équipe soignante qui les prend en charge. L'exemple de Monsieur C est très parlant. Pour être logé, il s'appuie sur son réseau d'amis africains. Pourtant il exprime sa solitude pour tout ce qui touche à la maladie : s'il peut compter sur son réseau pour le logement et la nourriture, il ne lui paraît pas envisageable de se confier à ses amis ou à ses connaissances à propos de sa maladie.

Dans cet isolement, le délai de neuf à dix mois pour obtenir un titre de séjour⁶ qui permet de circuler entre le pays d'origine et la France paraît long ; c'est seulement lorsque le patient pourra retourner quelques semaines dans son pays revoir sa famille qu'il pourra se confier à un proche.

Monsieur C, Camerounais, 35 ans

Monsieur C est né au Cameroun. Il a été scolarisé jusqu'en 1^{ère} et ensuite est devenu vendeur d'objets d'art africain. Cela l'a amené à voyager beaucoup dans toute la sous région Afrique de l'Ouest. En 2008, il est venu en France pour y faire des affaires (a priori juste pour quelques mois). Il était logé à l'hôtel. Vers le mois de mai, il a eu un épisode de forte fièvre et de grande faiblesse. Il a consulté dans un centre de Médecins du Monde qui lui a prescrit plusieurs dépistages, dont le test VIH. Après lui avoir appris qu'il était séropositif pour le VIH, Médecins du Monde l'a orienté sur l'Hôpital, où il a été mis sous anti-rétroviraux et est suivi depuis. L'association Médecins du Monde continue aussi à le suivre et l'appelle tous les mois. Il est donc resté en France à cause de cette infection VIH, et serait reparti sinon. Il a logé dans différents hôtels : quand il n'a plus eu les moyens de payer lui même des hôtels, des collègues africains qui venaient comme lui pour affaires, pour quelques semaines, ont partagé leur chambre avec lui. Depuis quelques mois, il est hébergé chez un ami qui habite avec sa famille en province et qui a un appartement à Paris où il ne vient que le week end. Cet ami le dépanne un peu financièrement aussi.

Lors de la nouvelle de son infection VIH, le service lui a délivré une attestation médicale pour obtenir un titre de séjour pour raisons médicales. Le dossier est en cours. Il n'a pas encore de titre de séjour. Sa femme est toujours au Cameroun et il ne l'a pas encore informée qu'il était séropositif car il trouve cela trop dur à distance. À la fin de l'entretien, il explique que la seule fois où il a parlé de son infection VIH (en dehors du service médical et en dehors de cet entretien) c'était lors d'un contrôle de police, pour éviter d'être envoyé en centre de rétention. Il exprime sa hâte d'avoir des papiers en règle pour pouvoir voyager au Cameroun, revoir sa femme, et lui en parler. Par contre, il pense ne pas pouvoir retourner vivre au Cameroun car son traitement anti rétroviral n'y est pas disponible.

⁶ Délai à prévoir entre le moment où le médecin qui prend en charge l'infection VIH fait l'attestation médicale permettant d'ouvrir la demande de titre de séjour pour raisons de santé et l'obtention du titre de séjour.

Il parle du réseau de solidarité africain pour tous les aspects logement/nourriture, mais dit sa grande solitude par rapport à l'infection VIH dont il ne peut parler à personne. Les amis qui l'hébergent ont chacun « leurs affaires » et n'ont pas envie de se soucier des affaires des autres. Il craint aussi un manque de confidentialité de leur part.

Arriver en France en se sachant infecté

Pour les personnes qui sont venues en France en se sachant séropositives, la situation est encore bien différente. Le projet de migration est la plupart du temps directement lié à l'infection VIH : on est venu en France pour avoir une chance de bénéficier d'un traitement dont on ne peut disposer dans son pays, ou/et pour fuir la stigmatisation par l'entourage au pays.

On a pu venir en France en s'organisant seul, ou en passant par une association qui organise des séjours thérapeutiques⁷. Malgré le spectre de « l'immigration thérapeutique » parfois brandi, cette catégorie apparaît très minoritaire : il est évidemment difficile d'avoir des chiffres sur un tel sujet mais les analyses que nous avons pu faire à partir de cohortes de patients vivant avec le VIH indiquent une proportion de personnes dépistées séropositives pour le VIH avant leur arrivée en France, parmi les patients originaires d'Afrique subsaharienne, de l'ordre de 5 % (Bechrouri, 2008).

Si les parcours, dans ce type de profil, ne semblent pas marqués par les difficultés administratives ou logistiques (la personne bénéficie de tout le réseau de prise en charge des patients VIH), de nombreuses difficultés sont cependant soulevées dans la vie au quotidien : ces personnes ont bien souvent quitté famille et métier pour venir se faire soigner en France où elles sont hébergées dans des structures collectives ou associatives et où leur vie est organisée autour du traitement ; mais le traitement ne remplit pas une vie... Pour que la vie en France ne soit plus une vie « entre parenthèses », deux conditions sont alors nécessaires : pouvoir y travailler et pouvoir y faire venir sa famille.

Monsieur A, Camerounais, 40 ans

Monsieur A est né au Cameroun où il a habité jusqu'à 21 ans, avant de passer quelques mois au Nigeria, puis au Bénin et de s'installer au Burkina Faso où il vit depuis l'âge de 23 ans, s'est marié à 30 ans et a eu un enfant. Il a quitté l'école en 1^{ère} et est devenu musicien. Il a bien vécu de sa musique (il est bassiste dans un groupe) jusqu'à ces dernières années où il est tombé trop malade. Il a eu les premiers symptômes du VIH en 1998 et a fait alors un test qui s'est révélé séropositif. Sa femme a aussi été dépistée et est aussi séropositive. Il a pris des ARV une première fois juste quelques mois en 2000, qui lui avaient été prescrits à l'occasion d'un voyage en Belgique pour un concert. Puis il a été mis sous ARV au Burkina à partir de 2002. Son traitement a ensuite connu quelques arrêts dus à des ruptures de stock. En 2007 son état a de nouveau empiré : il était multi résistant et les ARV disponibles au Burkina Faso ne lui suffisaient plus. Il a donc décidé, en accord avec sa femme, de venir en France se faire soigner. Il est arrivé en 2007 avec sa femme. Hospitalisé dès le lendemain, il est resté en France depuis, sa femme étant retournée au Burkina Faso. Il a une autorisation provisoire de séjour, délivrée grâce au certificat médical de l'hôpital. Lorsqu'il n'est pas hospitalisé, il vit en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale), ce qu'il trouve très difficile. Il n'a pas de revenus, il vit avec ce que sa femme lui envoie. Sa femme est présidente d'une association de lutte contre le sida au Burkina Faso. Leur entourage est bien informé de leur maladie à tous deux.

Depuis qu'il est en France, sa vie est difficile : il vit au CHRS avec les SDF, il est dépendant financièrement de sa femme. Il se sent comme un SDF. Il attend avec impatience d'aller mieux pour pouvoir refaire de la musique, gagner sa vie et faire venir sa femme et son fils en France. Il n'envoie pas de repartir au Burkina Faso car il n'y a pas les médicaments pour le soigner. Mais s'il n'avait pas été malade il serait resté au Burkina Faso où il était plus heureux.

⁷ Par exemple, l'association IKAMBERE qui aide des femmes malades à venir se faire soigner en France et qui s'occupe intégralement de leur séjour.

La typologie présentée ici ne s'appuie que sur douze entretiens, tous réalisés en milieu hospitalier, à Paris, et qui ne suffisent pas à appréhender la diversité des parcours d'immigrés africains. Ces entretiens ont été menés dans une visée exploratoire, pour préparer une plus grande étude prévue en 2012 auprès de 3 000 personnes et portant sur la place des maladies VIH et hépatite B dans les parcours de vie d'immigrés africains⁸.

Cependant, les portraits qu'ils nous livrent laissent deviner comment la vie avec la maladie et les relations avec l'entourage peuvent se décliner de façon totalement différente selon les types de parcours et le moment où survient l'annonce de la maladie dans ce parcours.

Dès 2002, une enquête menée auprès d'Africains pris en charge pour le VIH dans les hôpitaux d'Île de France avait déjà mis à jour des profils très différents, entre des patients arrivés plusieurs années auparavant, bénéficiant d'un logement, de revenus et d'une couverture sociale, et des migrants arrivés récemment, qui étaient plus souvent en situation irrégulière, en logement précaire, sans activité professionnelle et pour plus de la moitié d'entre eux sans protection sociale (Lot *et al.*, 2004). Nos entretiens confirment cette co-existence de profils très différents dans la population des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France avec le VIH. Ils révèlent aussi que dans ces différents profils qui se dégagent, la question de l'avenir reste bien souvent complexe et douloureuse : quel retour au pays possible, à court ou long terme ? La question se pose de façon cruciale pour les personnes qui, avant la découverte de leur infection VIH, n'avaient pas forcément le projet de s'installer en France (profils B ou C) : comment concilier famille et travail, généralement organisés au pays, et traitement du sida, disponible et accessible en France mais pas, ou de façon incertaine, dans leur pays ? C'est actuellement une équation bien souvent sans solution immédiate : faire venir leur famille en France, dans les restrictions actuelles des conditions d'immigration, est extrêmement difficile. Malgré les progrès de la diffusion des traitements antirétroviraux en Afrique, être correctement et durablement soigné dans leur pays, dans des conditions financières abordables, reste encore incertain.

Conclusion : Prendre en compte l'ensemble du parcours pour mieux comprendre les conditions de vie avec la maladie

Les immigrés subsahariens ne constituent pas un bloc homogène, loin s'en faut. Leur seul trait commun est d'être né dans un pays d'Afrique subsaharienne et d'être venu vivre en France. Les circonstances et les conditions de cette expérience migratoire sont extrêmement variables, leurs projets de vie le sont aussi.

Il apparaît donc indispensable de prendre en compte l'ensemble de la trajectoire de vie pour comprendre la situation présente : circonstances de la migration, de l'infection, du dépistage et de la prise en charge ; situation médicale, familiale et professionnelle actuelle ; projet de vie et projet en France.

La rupture biographique que constitue pour toute personne le diagnostic d'infection VIH a été encore peu étudiée pour les immigrés africains. Les études sociologiques menées en France montraient avant les trithérapies plusieurs configurations pour maintenir une vie la plus normale possible malgré la maladie (Pierret, 2007). L'efficacité des antirétroviraux fait désormais de la médicalisation un

⁸ L'étude « Parcours » citée plus haut. Cf note 3.

processus central de socialisation de l'infection VIH. La façon dont ce processus s'articule avec les conditions du parcours migratoire doit être aujourd'hui mieux comprise.

Le projet PARCOURS qui, après une première phase exploratoire en 2008-2009, démarre en 2011, cherche ainsi à examiner comment intervient la maladie dans les différentes étapes de parcours de vie marqués par l'immigration d'Afrique en France. Plutôt que chercher à appréhender un hypothétique et inexistant « sida des migrants », il s'agira d'explorer comment les trajectoires de santé, les trajectoires sociales, migratoires et administratives s'entrecroisent et se construisent les unes par rapport aux autres.

Références

- ANRS (2002). Sida, immigration et inégalités. Paris, ANRS.
- Barre, C. and M. Vanderschelden. (2004). « Enquête INSEE Étude de l'histoire familiale, 1999. » Retrieved Nov 15, 2009, from http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc033.pdf.
- Bechrouri, S. (2008). Comparaison de patients vivant avec le VIH selon leur origine géographique. Analyse de données rétrospectives et prospectives chez des patients suivis dans la cohorte COPANA. Rapport de stage de Mastère., Université Paris Descartes : 84 p.
- Couillet, M. (2010). Les Africains subsahariens vivant en France. Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins. Working Paper du CEPED n° 9. Paris. http://www.ceped.org/IMG/pdf/ceped_wp09.pdf
- Fassin, D. (2001). « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. » *L'Homme* 160 : 137-162.
- Fassin, D. (2002). Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. Sida, immigration et inégalités. ANRS. Paris, ANRS : 1-11.
- INSEE (2005). Les Immigrés en France. Paris, INSEE.
- INSEE. (2004). « Enquête Emploi 2002 en continu. » Retrieved Nov. 15, 2009, from http://www.insee.fr/fr/themes/details.asp?ref_id=ir-EEC03.
- InVS (2007). Lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005, InVS.
- Lecoœur, S., W. Im-Em, *et al.* (2005). « Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande : l'apport de l'approche biographique. » *Population-F* 60(4) : 551-568.
- Lelièvre, E. and G. Vivier (2001). « Évaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif, l'enquête "Biographies et entourage". » *Population* 56 : 1043-1074.
- Lessault, D. and C. Beauchemin (2009). « Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor limité. » *Population et sociétés* 452 : 1-4.
- Lot, F., C. Larsen *et al.* (2004). « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile de France, 2002. » *BEH* 5 : 17-20.
- Lydié, N. (2007). Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/Sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- ONUSIDA (2006). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 : 331 p.
- Pierret, J. (2007). "An analysis over time (1990-2000) of the experiences of living with HIV." *Social Science & Medicine* 65 : 1595-1605.

Thierry, X. (2007). « Statistiques des flux d'immigration en France de l'année 2005. » Retrieved Nov. 15, 2009, from http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/1384/telechargement_fichier_fr_immigration05.pdf.

**Tableau 1 : Conditions de vie et situation sociale des immigrés
d'Afrique subsaharienne vivant en France**

	Population immigrée d'Afrique subsaharienne	Population non immigrée
Niveau d'instruction⁽¹⁾		
Primaire	34 %	21 %
BEPC, CAP, BEP	24 %	42 %
Baccalauréat, études supérieures	42 %	37 %
Structure des ménages⁽¹⁾⁽²⁾		
Seul	27 %	32 %
Famille monoparentale	19 %	8 %
Couple	49 %	57 %
Taux d'activité⁽³⁾	80 %	88 %
	(hommes : 93 % femmes : 68 %)	
Taux de chômage (parmi les actifs)⁽³⁾	20 %	8 %
	(hommes : 18 %, femmes : 23 %)	
Statut de l'emploi (parmi les actifs)⁽³⁾		
Non salarié	5 %	11 %
Salarié privé	83 %	62 %
Salarié public	12 %	27 %
Secteur d'activité (parmi les actifs)⁽³⁾		
Agriculture	1 %	4 %
Industrie	9 %	18 %
Construction	8 %	6 %
Tertiaire	82 %	72 %
Vie en collectivité⁽¹⁾	9 %	2 %
En foyer de travailleurs	Hommes : 11 %, femmes : 0,1 %	
Nationalité française acquise⁽¹⁾	36 %	–

1. Source : Recensement de la Population 1999 (INSEE 2005).

2. Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des ménages dont la personne de référence est immigrée d'Afrique subsaharienne pour la colonne migrants d'Afrique subsaharienne, et non immigrée pour la colonne non migrants.

3. Source : INSEE - Enquête emploi 2002-2004 (INSEE 2004).

Tableau 2 : les immigrés d'Afrique subsaharienne à l'arrivée en France

	Femmes (46 %)	Hommes (54 %)
Âge à l'arrivée en France ⁽¹⁾		
Moins de 18 ans	5 %	
18-29 ans	48 %	
30 à 49 ans	42 %	
50 ans et plus	5 %	
Formation d'un couple avant l'arrivée en France ⁽²⁾	50 %	
Arrivée en France en couple ⁽²⁾	42 %	20 %
Naissance d'un enfant avant de migrer ⁽²⁾	36 %	

Sources :

1. *Annuaire statistique de l'immigration, année 2005, INSEE (Thierry, 2007)* – sont présentés ici les chiffres pour les pays de l'Afrique anciennement sous administration française.
2. « *Enquête INSEE Étude de l'Histoire Familiale, 1999* » (Barre and Vanderschelden, 2004).

**Tableau 3 : Caractéristiques des personnes vues en entretien
(enquête exploratoire – 2009)**

Sexe	Âge (en 2009)	Pays de naissance	Année d'arrivée en France
Homme	40 ans	Cameroun	2007
Homme	46 ans	Côte d'Ivoire	2004
Homme	35 ans	Cameroun	2008
Homme	46 ans	Mali	1984
Homme	33 ans	Cameroun	2001
Homme	41 ans	Burkina Faso	2008
Homme	45 ans	Mali	2000
Femme	59 ans	Rwanda	2005
Femme	30 ans	Mali	2006
Femme	30 ans	Mali	2003
Femme	26 ans	Guinée	2004
Femme	35 ans	Congo-Brazzaville	2005