

Bilan du groupe de travail Migrants

Décembre 2007

Le groupe « migrants » est un groupe de travail transversal aux Actions Coordonnées de l'ANRS en termes d'objet (VIH/sida et hépatites), de thèmes (prévention et prise en charge, aspects cliniques et épidémiologiques) et de disciplines. Sa composition reflète cette transversalité avec des membres d'associations, des administratifs, des cliniciens, des épidémiologistes, des biologistes des démographes et des sociologues.

Ce texte rend compte des travaux du groupe entre 2004 et 2007. Ses conclusions, en termes de recommandations ou de priorités de recherche figurent *en gras italique* dans le cours du texte. Le groupe souhaite que ce texte soit transmis aux commissions scientifiques (principalement au CSS 5) et que les actions coordonnées favorisent la mise en œuvre de ses recommandations de recherche, il s'agit notamment des actions coordonnées 7 (cohortes), 18 (comportement et prévention), 23 (dynamique des infections VIH et VHC), 25 (recherches en épidémiologie et en sciences humaines et sociales dans les hépatites virales) et dans une moindre mesure des AC5 (essais thérapeutiques dans l'infection VIH) et 24 (essais thérapeutiques dans les hépatites virales).

En 2008, les membres du groupe sont invités à faire parvenir leurs travaux dans le champ du VIH et des hépatites dans les populations immigrées au secrétariat du groupe (F. Lert) de façon à assurer une veille et à préparer une réunion d'une journée au 4^e trimestre 2008.

- Bajos Nathalie, sociodémographe (Inserm U569, Le Kremlin Bicêtre)
- Bouchaud Olivier (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Avicenne, Bobigny)
- Bouvet Elisabeth (CDAG, Hôpital Bichat, Paris)
- Carde Estelle
- Chardin Catherine (DGS, Paris)
- Delaunay Karine, sociologue (IRD, Bondy)
- Desgrees du Loû Annabel (CEPED, Nogent-sur-Marne)
- Fagard Catherine (Inserm U593, Bordeaux)
- Genfoud Karima, anthropologue (CRESP, Université Paris 13, Bobigny)
- Guiard-Schmid Jean-Baptiste (Hôpital Tenon, Paris)
- Halfen Sandrine, sociodémographe (ORS Ile-de-France, Paris)
- Keta Aimée (Ikambere)
- Lascaux Anne-Sophie (Service d'immunologie clinique, Hôpital Henri Mondor, Créteil)
- Legall Jean-Marie (AIDES)
- Lert France, responsable du groupe (Inserm U687, Saint-Maurice)
- Lescure Xavier (Hôpital Tenon, Paris)
- Lewden Charlotte, épidémiologiste (Inserm U593, Bordeaux)
- Lot Florence, épidémiologiste (InVS, Saint-Maurice)
- Lydie Nathalie, sociodémographe (INPES, Saint-Denis)
- Matheron Sophie (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat, Paris)
- Meyer Laurence, épidémiologiste (Inserm U569, Le Kremlin Bicêtre)
- Paicheler Geneviève (CERMES/CNRS, Villejuif)
- Pourette Dolores, sociologue (Inserm U569, Le Kremlin Bicêtre)
- Riandey Benoît, démographe (INED, Paris)
- Roudot-Thoraval Françoise (Service de Santé Publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil)
- Roulot Dominique (service hépato-gastroentérologie, Hôpital Avicenne, Bobigny)

- Simon Anne (Service de Médecine Interne 1, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Spire Bruno, épidémiologiste (ORS PACA, Marseille)
- Sopena Antonin (Act Up)
- Theodorou Ioannis (Inserm UR543, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Thiry Lise (Laboratoire de Microbiologie, Université libre de Bruxelles)
- Veisse Arnaud (COMEDE)
- Warszawski Josiane (Inserm U822, Le Kremlin Bicêtre)

Importance du problème et surveillance épidémiologique

Certaines catégories de migrants sont en situation particulière—de risque pour les hépatites B et C et l'infection VIH/sida : les populations originaires d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud Est (et d'Egypte pour l'hépatite C). Les données épidémiologiques sont assez précises pour caractériser l'épidémiologie du VIH chez les migrants en France grâce au dispositif de déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection à VIH et des recherches réalisées de longue date, elles le sont beaucoup moins pour les hépatites B et C.

La surveillance du VIH/sida permet de suivre les évolutions dans le temps et de détailler la composition des populations concernées : on observe ainsi que les étrangers représentent une part très importante des nouveaux cas diagnostiqués d'infection à VIH (38% en 2006), dont les trois-quarts sont des personnes d'Afrique subsaharienne. Leur nombre a néanmoins diminué depuis 2003 (date de mise en place de la notification obligatoire du VIH). Concernant les tendances du sida, après une augmentation du nombre de cas diagnostiqués chez les étrangers pendant la période 1998-2002, est apparue depuis 2002 une baisse similaire à celle observée chez les Français. Ces mouvements ne sont pas uniformes selon les nationalités (présentations F. Lot, InVS, 2007). Les données disponibles sur les hépatites B et C à partir d'enquêtes de prévalence confirment l'existence de risques accrus dans différentes catégories de migrants mais ne permettent ni de les quantifier ni d'en connaître l'évolution (F. Lot, F. Roudot-Thoraval, D. Roulot, présentations)

L'épidémiologie de ces infections en France est liée aux mouvements migratoires (cas importés des pays de naissance où existent des niveaux de prévalence élevée) et à leur transmission et leur prise en charge (dépistage et traitement) en France.

L'amélioration de la connaissance épidémiologique relève de l'InVS et n'a pas fait l'objet de recommandation de la part du groupe en terme de recherche. Le groupe souhaite cependant que l'opportunité de nouvelles enquêtes de prévalence soit étudiée par l'AC23.

Les évolutions observées dans la surveillance sont difficiles à interpréter faute de données fiables sur les mouvements migratoires. Les données d'enquête auprès de populations de personnes séropositives (IniS, 2007, Mortier, 2003, Fonquernie, 2006, Delpierre, 2007) montrent que le diagnostic d'infection VIH est réalisé peu de temps après l'arrivée en France pour de nombreux immigrés dont beaucoup n'ont pas encore de permis de séjour (65 % des nouveaux patients sont dans ce cas parmi les patients nouvellement pris en charge dans un service hospitalier parisien (Fonquernie, 2006). La question des flux est importante d'un point de vue épidémiologique car ces flux ne sont pas homogènes selon les périodes, selon les pays d'origine, dans leur composition démographique et dans les motifs d'immigration (Thierry, présentation, Thierry, 2004). Les données statistiques disponibles sont issues des administrations relevant du ministère de l'intérieur. Elles rendent compte de la situation au moment de l'admission au séjour et révèlent l'ampleur des périodes de résidence sans permis qui peuvent correspondre à la période d'entrée en France mais aussi à des épisodes qui suivent la perte du droit au séjour. On ne dispose donc pas de données directes sur les flux migratoires à mettre en relation avec la répartition démographique des nouveaux diagnostics d'infection VIH. Les travaux démographiques comme les données sur les

exilés réunies par le COMEDE (Rapport d'activité du COMEDE) invitent à éviter les généralisations compte tenu de l'hétérogénéité de l'immigration et à s'intéresser à des sous populations particulières pour des travaux visant à comprendre les processus et les pratiques.

Il serait sans doute utile pour l'ANRS d'établir et de suivre des indicateurs démographiques sur les migrations à partir des études, des données administratives et des données associatives.

Les problèmes méthodologiques des recherches sur les populations immigrées

Divers types de problèmes ont été abordés :

- la participation aux essais cliniques des immigrés sans sécurité sociale
- le consentement
- les problèmes de définition des populations et d'échantillonnage
- les langues
- les enquêteurs
- les questionnaires

1) La participation aux essais cliniques des immigrés sans sécurité sociale

Le code de la Santé Publique (L1121-11) prévoit que seules les personnes assurées sociales soient incluses dans les essais thérapeutiques. Les délais dans l'admission à la CMU des patients VIH étrangers sans papier sont de plusieurs mois, ce qui a considérablement gêné l'inclusion des patients dans les essais ANRS 129 BKVIR et ANRS 130 APOLO. Ces essais concernent en effet des patients naïfs d'ARV alors qu'ils sont à un stade avancé de la maladie : ceux de BKVIR présentent une co-infection à Mycobacterium tuberculosis et ceux d'APOLLO présentent une immunodépression sévère. Cet obstacle juridico-administratif n'est toujours pas levé fin 2007.

2) Le consentement

Le principe d'une information adaptée permettant un consentement pleinement éclairé a été particulièrement discuté. Il s'agit de proposer des moyens réalistes et pragmatiques pour permettre l'inclusion des migrants dans les recherches et plus particulièrement dans les cohortes et les essais cliniques : c'est-à-dire faciliter la compréhension des enjeux et des conditions du côté des personnes, ne pas décourager les cliniciens et les chercheurs par des procédures trop lourdes, et finalement très sélectives.

Diverses propositions ont été faites qui devaient être reprises par l'AC5 en 2008 pour être formalisées : informer les associations des recherches et essais en cours de mise en place, former les interprètes d'Inter Service migrants à la problématique des essais et des recherches pour leur permettre d'intervenir utilement s'ils sont appelés, informer les responsables de recherches et essais de l'existence de cette ressource, disponible en milieu hospitalier, pour aider à l'inclusion, simplifier les notices d'information, proposer la présence d'un tiers qui peut jouer un rôle de facilitateur et de traducteur, laisser un délai de réflexion même court pour obtenir un accord définitif des patients, proposer des consultations de soutien (C. Fagard, A.Sopena).

Il a été également proposé de mettre en place une recherche sur les différences entre patients avec traducteurs vs seul vs avec un tiers sur l'acceptation et le maintien dans l'essai.

3) Les problèmes de définition des populations et d'échantillonnage

Dans les enquêtes hors milieu de soins visant à la représentativité statistique, la définition des populations et les méthodes d'échantillonnage se heurtent à des obstacles juridiques et pratiques puisqu'il n'existe pas d'identification ethnique ou administrative des migrants autres que les informations d'état civil (pays de naissance, nationalité).

Dans la majorité des cas, les enquêtes en population générale ne permettent pas de disposer de sous-échantillons d'immigrés de taille suffisante. Les enquêtes KABP en population générale réalisées régulièrement depuis 1992 par l'ORS Ile de France en lien avec l'ANRS comptent cependant plusieurs centaines d'étrangers ou personnes nées à l'étranger qui pourraient faire l'objet d'analyses séparées. Dans les DFA, notamment en Guadeloupe et en Guyane, les analyses ont été faites en distinguant les répondants en fonction de leur lieu de naissance (S. Halfen, présentation). Dans le Baromètre santé (INPES) qui comportait des questions sur la sexualité, seule la religion est documentée (N. Bajos, présentation). Il est probable que des analyses spécifiques pourront être menées dans l'enquête CSF compte tenu de la taille de l'échantillon, des informations recueillies et de la problématique générale de l'étude sur les contextes sociaux.

L'étude KABP auprès des populations africaines d'Ile de France réalisée par l'INPES concerne des personnes nées en Afrique subsaharienne recrutées dans un échantillon raisonné de communes, dans des lieux publics enquêtés avec une procédure systématique. Les personnes de peau noire ont été sollicitées et celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été recrutées pour répondre à un questionnaire. Le taux de réponse a été de 20%. Cette méthode a permis de bien représenter les pays d'origine (comme le montre la proportion similaire de personnes originaires des 6 principaux pays d'immigration dans l'étude et dans le dernier recensement) et les deux sexes mais fournit un échantillon plus jeune et plus diplômé que la population générale lors du recensement (Lydié, présentation, INPES, 2007).

Les méthodes mises en œuvre par l'INED pour mener des études démographiques et sociologiques dans la population générale sur certains groupes d'immigrés permettent de réaliser des enquêtes de grande ampleur sur les processus d'insertion. Ici l'intérêt ne porte plus seulement sur les immigrés (personnes nées étrangères à l'étranger) mais sur les descendants d'immigrés, c'est-à-dire la deuxième génération. Ces méthodes nécessitent des procédures très complexes d'identification des personnes ayant une origine hors de France (identification sur la base des patronymes - étude TIES, identification dans les registres de naissance - étude « Trajectoires et Origines ».) via les données de recensement ou les bulletins de naissance et pour lesquelles des autorisations spécifiques ont été données à l'INED. Dans l'étude T&O, il n'a pas été possible pour des raisons de durée de passation et des pratiques d'enquête de la statistique publique, d'inclure des questions intéressantes du point de vue du VIH/sida. L'étude apportera cependant des informations utiles sur la constitution des unions (P. Simon, C. Hamel, Présentation).

Notons qu'actuellement l'intérêt dans le champ du sida et des hépatites se focalise sur les immigrés compte tenu des problèmes d'accès aux droits et de retard au diagnostic et à la prise en charge et très peu sur la problématique plus large des minorités et des populations désignées comme « immigrés » alors que certains travaux (C. Hamel, D. Pourette, N. Bajos sur contraception et religion, présentations) montrent des contextes et des normes propres à certains groupes.

Les obstacles méthodologiques à la constitution d'échantillons représentatifs des migrants, en particulier des migrants concernés par la problématique du VIH et des hépatites, restent entiers et il est probable que l'on devra se contenter pour les enquêtes en population sur les sujets d'intérêt de l'ANRS d'échantillons de convenance ou de sur représenter certains sous groupes de façon importante dans les enquêtes réalisées en population générale.

4) Les langues

Les enquêtes statistiques réalisées en France sont faites en français. C'est le cas dans la plupart des enquêtes de population réalisées par l'INED et l'INSEE (P. Simon, C. Hamel, présentation). Sauf à s'intéresser à un groupe particulier (par exemple l'INED aura des enquêteurs parlant le turc pour son enquête auprès des descendants de turcs, TIES), il apparaît très difficile de passer des questionnaires dans les langues pratiquées par les immigrés qui ne parleraient pas du tout le français, ceci aussi bien dans les enquêtes de population générale que dans les enquêtes auprès de malades. Un tiers ou un interprète peuvent aider de façon ponctuelle avec un possible biais de confidentialité dans le cas de recours à des interprètes non professionnels. Cette situation conduit à exclure les personnes qui ne parlent pas français. La seule exception à cette pratique est constituée par les Antilles et la Guyane où les entretiens ont été passés en français ou en créole.

La généralisation des portables permettrait une fois que l'enquêteur aura identifié la langue du répondant, de faire passer des questionnaires par un interprète professionnel avec des systèmes d'enregistrement audio des réponses. Ces techniques sont en cours d'expérimentation et permettraient de contourner l'écueil de l'indisponibilité d'interprètes sur les lieux d'enquête (B. Riandey, communication). Il faut cependant que les questionnaires aient été traduits dans les langues principales des groupes cibles des enquêtes, ce qui est coûteux et difficile.

Les travaux qualitatifs sont également faits sans utiliser la langue de la personne. La présence d'interprète est peu compatible avec le travail ethnographique et la compréhension s'installe dans la durée dans le cadre plus large de l'observation ethnographique. Les tiers peuvent faciliter les communications avec les individus qui ne parlent pas le français (S. Fainzang, Dolores Pourette communication).

Il n'a pas été proposé de solutions méthodologiques nouvelles en dehors du retour ponctuel à l'interprétariat professionnel en milieu hospitalier.

5) Les enquêteurs

Rien de décisif n'est apparu clairement sur l'intérêt de recruter des enquêteurs de la même communauté que les personnes enquêtées.

Un tel appariement soulève des problèmes juridiques de discrimination. La société qui a réalisé l'enquête INPES n'a cependant employé pour ce terrain que des enquêteurs eux-mêmes originaires des pays enquêtés (Lydié, présentation). Aux Antilles et en Guyane, les enquêteurs devaient parler le créole (S. Halfen, F. Lert, présentations). Il apparaît souhaitable pour les enquêtes sur la sexualité de privilégier un enquêteur de même sexe que le répondant, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser pour des raisons de coût.

Pour les enquêtes en population en face à face, on peut recommander des équipes mixtes pour faciliter la passation et offrir un choix aux répondants

6) Les questionnaires

Les questionnaires sont évidemment fonction des projets de recherche et sous la seule responsabilité des chercheurs. Cependant dans la tentative de bénéficier d'une expertise collective dans le champ des migrations, de l'expérience de certains et en vue de cumuler les résultats ou de faire des analyses groupées, il est envisagé de s'inspirer de méthodes communes.

Pour les cohortes et essais ANRS, un questionnaire simple sur les aspects démographiques et socio-économiques a été mis au point qui tient compte de la problématique migrants.

La dimension chronologique est très importante dans les recueils de données qui comportent toujours une dimension rétrospective. Cet aspect est renforcé pour des affections comme le sida et les hépatites chez les migrants, à cause d'une part de la chronicité de la maladie, de la trajectoire d'immigration d'autre part. En effet, il est important de caractériser un certain nombre d'événements par rapport à la date d'immigration et à la date du diagnostic de la pathologie : fin d'étude, entrée dans la sexualité, constitution des couples, naissance des enfants, premier emploi, réalisation des tests etc.

On peut donc envisager de documenter de façon systématique un certain nombre de ces repères biographiques ou recourir pour le recueil d'information à la grille âge-événement mise au point par les démographes et utilisée dans une enquête réalisée à Chiang Mai sur les périodes de vulnérabilité à la contamination par le VIH (E. Lelièvre, présentation, Lecoœur, 2005). Le principe de cette grille est de relever, année par année, les événements d'intérêt, répartis en grands domaines et d'avoir ainsi des situations et des séquences bien documentées du point de vue chronologique. La grille a l'avantage de permettre au répondant de répondre d'une façon plus naturelle, de visualiser les séquences d'événements et de lui permettre de faire les corrections nécessaires de ses premières déclarations. Elle se prête au traitement statistique.

- ***Le sujet de l'étude doit être présenté aux enquêtés de façon large en évoquant un champ qui croisera forcément les dimensions étudiées ; l'information doit être assez claire pour éviter la confusion des rôles auprès de personnes migrantes nombreuses à être engagées dans des démarches sociales difficiles.***
- ***La langue est une contrainte pour les enquêtes par questionnaire, le téléphone et l'interprétariat à distance permettront peut-être d'améliorer la situation. En revanche, dans l'approche anthropologique tout ne repose pas sur l'expression orale et le récit ; l'interprète n'apparaît pas une solution adaptée pour un dialogue qui se déroule sur une certaine période de temps et implique la construction d'une relation interpersonnelle.***
- ***Le recueil d'informations sur la base d'une grille biographique devrait être développé.***
- ***Enfin, avoir une connaissance des représentations sociales et des règles qui peuvent déterminer le discours (valeurs, craintes), c'est-à-dire qu'une bonne vision des connaissances existantes dans les groupes étudiés est nécessaire.***

Dimensions physiopathologiques et thérapeutiques

1) Infection VIH

Concernant le VIH, deux aspects ont été discutés : l'éventualité d'une histoire naturelle et d'une réponse différentes au traitement selon les sous-types de virus et une différence entre Africains et Européens sur la réponse CD4.

La distribution des sous-types de virus dans le monde se reflète dans l'épidémiologie du VIH en France avec l'existence d'une proportion faible de VIH2, la proportion croissante de virus non-B marquant la proportion croissante de personnes infectées en Afrique, la rareté des sous types recombinants, mais aussi la part croissante des virus non B chez les cas autochtones et de virus B chez les migrants africains témoignant du brassage sexuel (S. Matheron, présentation). Les conséquences différentielles de la diversité virale sont connues pour ce qui est de l'évolution plus lente de l'infection à VIH2, il n'y a pas de différences connues pour les autres sous-types sur l'évolution ou la transmission mère-enfant. En ce qui concerne la résistance primaire comme la résistance acquise en cours du traitement, les études restent fragmentaires, sont limitées par la taille des échantillons, dans les comparaisons effectuées (principalement B/non B et pas d'étude sur la diversité de réponse entre les virus non-B) (S.Matheron, présentation). La question du niveau des CD4 a été abordée dans le contexte des questions sur la réponse au traitement et plus

généralement de leur utilisation pour caractériser le retard au diagnostic compte tenu de l'observation récurrente de taux de CD4 plus faibles dans les sous-groupes de patients Africains. Plusieurs contributions ont été apportées pour documenter cette question. L'écart de 100 environ dans les taux de CD4 chez les patients Africains et caucasiens se maintient dans le temps sous traitement (O. Bouchaud, présentation). Pour explorer la notion d'un délai différentiel entre la contamination et le diagnostic, les données de la cohorte PRIMO ont été étudiées et montrent un écart encore plus marqué aussi bien chez les hommes que chez les femmes (L.Meyer, présentation et analyse pour le groupe). Des différences systématiques dans ce sens sont relevés pour le taux de CD4 entre français et étrangers d'Afrique subsaharienne à pathologie d'entrée dans le sida égale mais les tests sont rarement significatifs (F.Lot, communication). En ce qui concerne la réponse au traitement, les données de la cohorte APROCO montrent des différences des CD4 à la mise sous traitement, une augmentation similaire au cours du traitement avec un maintien d'un taux de CD4 médian plus faible chez les patients africains. La réponse au traitement en tenant compte de la situation à l'inclusion ne diffère pas entre les groupes (C. Lewden, analyse pour le groupe, Breton, 2007).

Des travaux complémentaires sont nécessaires pour continuer à caractériser un niveau de CD4 naturellement plus bas dans certains groupes ethniques, une éventuelle réponse différentielle au traitement, et conclure sur l'existence de critères CD4 différentiels.

En ce qui concerne les autres dimensions du traitement, une présentation de la littérature sur d'éventuelles différences au niveau de la pharmacocinétique, de la tolérance des ARV et de l'observance montre des résultats hétérogènes, hétérogénéité liée aux molécules étudiées mais aussi au design des études (O.Bouchaud, présentation).

Cependant, le caractère tardif du diagnostic, la spécificité de certaines pathologies opportunistes, et les comorbidités, constituent des tableaux cliniques difficiles à traiter et à prendre en charge, les patients ayant des conditions de logement et de vie qui ne permettent pas le retour du domicile. ***Il serait utile à partir des données existantes (notamment la FHDH qui comporte beaucoup de données sur les comorbidités) de décrire les tableaux cliniques sévères, les conditions sociales associées et les ressources disponibles (traitement, soins, hébergement) aujourd'hui. Il est aussi suggéré que ce thème soit pris en compte dans l'actualisation des recommandations thérapeutiques en 2008 (Rapport Yéni).***

L'adhérence au traitement a été évaluée dans l'enquête ANRS-VESPA, la validité de l'autodéclaration à l'aide d'un questionnaire d'observance (4 questions sur la dernière semaine) a été montrée (Spire présentation, Marcellin, 2007). L'observance est un peu moins élevée chez les migrants que chez les non migrants. D'autres données extraites de cette enquête montrent que toutes choses égales par ailleurs, la réponse au traitement est moins bonne chez les migrants et ceci même en prenant en compte l'ensemble des facteurs connus déterminant la réponse thérapeutique (Dray-Spira, présentation, Dray-Spira, 2007). Cependant il s'agit de données transversales. Les études de cohorte en cours, notamment COPANA (responsable, L.Meyer) qui comporte un volet de données sociales devraient améliorer la caractérisation et la compréhension de ces phénomènes.

2) Hépatites B et C

L'épidémiologie des hépatites B et C a une composante géographique liée au niveau historique de la prévalence dans les différentes régions du monde, à l'importance de la toxicomanie intraveineuse, à la persistance de pratiques médicales comportant un risque nosocomial et à des circonstances exceptionnelles comme la transmission du VHC en Egypte lors de la campagne d'éradication de la schistosomiase dans les années 60 (Lot, Meyer, présentation). Les autres spécificités sont dans le registre de la santé publique dans le domaine du dépistage et de l'accès au traitement.

Il n'est pas apparu de dimensions biologiques spécifiques nécessitant une attention particulière sous l'angle « migrants » (D. Roulot, présentation).

Dimensions santé publique

1) Hépatites B et C (sur la base des présentations de D. Roulot et F. Roudot-Thoraval)

Les recherches prioritaires dans le domaine des hépatites B et C s'inscrivent dans un contexte évolutif de la politique publique. Ce thème se situe également dans le champ de l'AC25. Concernant l'hépatite B, être migrant est une indication pour le dépistage. Le dépistage est systématique chez la femme enceinte. En présence d'une hépatite B, le dépistage de l'entourage et la sérovaccination du nouveau-né sont recommandés mais encore insuffisamment appliqués. Concernant les hépatites, les recommandations de dépistage ont été actualisées dans le cadre d'un groupe de travail présidé par F. Roudot-Thoraval au 1^{er} semestre 2007.

Cependant les mesures décidées se heurtent à des difficultés de mise en œuvre qui conduisent à identifier des questions d'évaluation (à la limite du champ recherche, exemple la mise en œuvre de la circulaire de 2005 sur le dépistage de l'hépatite B des femmes enceintes et la sérovaccination des nouveaux nés exposés) et de véritables questions de recherche comme ***l'identification des freins culturels et sociaux à l'annonce d'un diagnostic d'hépatite B à ses proches faisant obstacle à leur dépistage ou encore les attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage de l'hépatite B, de la vaccination et du suivi dans les populations à risque. Les recommandations de suivi des personnes HBS+ relèvent de l'HAS. Cependant, il serait nécessaire de mieux documenter le devenir des personnes après le dépistage au sein d'enquêtes non spécifiques et d'identifier des caractéristiques éventuellement spécifiques aux migrants.***

En matière d'hépatite C, il existe chez les migrants une hétérogénéité des facteurs de risque en fonction du pays d'origine (niveau de prévalence, usage de drogue par injection) et l'on observe chez les migrants comme chez les nationaux une importante déperdition entre le diagnostic et l'indication thérapeutique. Là encore, ***une double approche a été retenue comme prioritaire, comprendre les facteurs associés à cette déperdition dans le processus de prise en charge par des enquêtes longitudinales et identifier les pratiques professionnelles vis-à-vis de la décision thérapeutique en envisageant la perception des difficultés spécifiques des migrants (problèmes sociaux) et les difficultés plus générales (indication de la PBH, effets secondaires psychiatriques du traitement).***

2) Infection à VIH

▪ ***Prévention***

A ce jour, les enquêtes ANRS-KABP menées en France métropolitaine (ORS Ile de France) n'ont pas donné lieu à une analyse du facteur nationalité ou lieu de naissance. La taille des échantillons et l'information recueillie permettraient cependant certaines analyses.

Dans les départements français d'Amérique, les migrants originaires de la Caraïbe et d'Amérique du Sud représentent une part très importante de la population de Guadeloupe et de Guyane et sont surreprésentés parmi les personnes atteintes. L'enquête KABP réalisée par l'ORS Ile de France en 2004 permet de situer les migrants (définis par leur pays de naissance) par rapport aux nationaux. Globalement, les connaissances, attitudes et comportements sont moins favorables à la prévention pour partie en lien avec un niveau d'étude plus bas. Cependant il semble exister une vulnérabilité supplémentaire liée à des facteurs culturels, à des facteurs sociaux (problèmes de discrimination,

précarité du statut de résidence) qui restent à investiguer par des méthodes adaptées (S.Halfen, présentation, ORS Ile de France, 2006).

L'enquête auprès de la population africaine d'Ile de France a été réalisée entièrement par l'INPES et s'est appuyée sur l'expérience des enquêtes KABP. Cette enquête est la première réalisée dans cette population avec une méthodologie rigoureuse sur un grand échantillon. Les limites liées au biais d'échantillonnage (âge jeune, niveau d'étude élevé) tendent plutôt à sous-estimer l'écart avec la population française dans le sens d'une connaissance sur le sida moins bonne, d'attitudes moins tolérantes envers les personnes atteintes, d'une représentation plus négative du préservatif et d'une moindre utilisation, de comportements sexuels masculins plus marqués par le multipartenariat. Cependant, les différences entre hommes et femmes, le rôle du niveau d'étude, les associations entre les variables, notamment le rôle médiateur des connaissances dans l'appropriation de l'information préventive sont proches de ce qui est observé en population générale de métropole ou des Antilles et de la Guyane. L'ouvrage publié en juin 2007 présente les résultats principaux mais d'autres analyses de ce matériel original restent à réaliser (N.Lydié, présentation, INPES, 2007).

Compte tenu de la difficulté à constituer des matériels nouveaux une analyse des matériaux existants du point de vue des migrants serait très utile. La réédition de l'enquête KABP migrants pour appréhender les dynamiques de changement de connaissances, d'attitudes et de comportements apparaît nécessaire dans un délai assez court, compte tenu des changements rapides dans ces populations.

Même si l'épidémiologie de l'infection à VIH dans les populations immigrées en France est à dominante hétérosexuelle, les travaux réalisés auprès des hommes ayant des rapports entre hommes en Afrique et les données de la surveillance virologique en France (augmentation des virus non B dans les nouveaux diagnostics chez des homosexuels masculins), incitent **à étudier la part des immigrés parmi les hommes ayant des rapports entre hommes et leurs caractéristiques particulières.**

De très nombreux outils sont développés par la DGS et l'INPES en direction des populations migrantes ainsi que le soutien à des associations de lutte contre le sida généralistes ou rassemblant des migrants (E. Le Lay, présentation). Des études ont été faites dans le passé par l'INPES sur l'usage des media par les populations immigrées et ont montré que les chaînes généralistes de télévision étaient très suivies, d'où l'utilisation de ce media pour les campagnes ciblées. Certaines associations développent des activités dans des lieux spécifiques (les coiffeuses africaines par exemple) pour toucher un public jeune. Cette voie est encore insuffisamment utilisée en terme de prévention. Les acteurs de prévention soulignent l'insuffisance de la connaissance des formes de sociabilité et du rôle des associations communautaires qui peuvent soutenir la diffusion du discours préventif. Le rôle des églises, notamment des nouvelles églises chrétiennes, a été évoqué.

De nouveaux axes sont à développer :

- ***Connaître les formes de mobilisation collective dans la population immigrée en partant d'une analyse de la mobilisation associative (association de types « collectifs de sans papier » ou associations de nationaux, ou associations en vue d'un projet au pays, ou associations culturelles etc. Les populations originaires d'Afrique subsaharienne sont une priorité mais aussi les autres groupes, notamment en provenance d'Asie.***
- ***Analyser les contextes festifs ou de loisir comme cadre des rencontres sexuelles ou économique-sexuelles, thème qui a été presque complètement laissé de côté jusqu'à maintenant (à l'exception du travail de C. Salomon, 2000, 2007)***
- ***Expérimenter de nouvelles stratégies de communication auprès des publics cibles (AC18)***

▪ *Dépistage*

Les données récentes de la surveillance du VIH/sida, de la clientèle des CDAG et des données de l'enquête INPES-KABP Migrants d'Afrique subsaharienne (S.Le Vu, F.Lot, N.Lydié, présentations) montrent des évolutions favorables sur le délai au diagnostic. Chez les étrangers hétérosexuels, les données de surveillance des dernières années montrent une diminution du nombre et de la part des découvertes de la séropositivité à un stade clinique de sida. Les proportions de découvertes à un stade tardif de l'infection (sida ou symptomatique non sida) sont similaires entre les étrangers hétérosexuels et les hétérosexuels français. Dans les deux populations, il existe des différences entre les sexes, le dépistage au stade sida étant plus fréquent chez les hommes.

La situation chez les étrangers peut résulter de la politique publique qui comporte depuis 2004 un programme spécifique « migrants » avec un axe fort sur le dépistage, de changements de pratiques professionnelles vis-à-vis du dépistage mais aussi de la diminution des flux migratoires sous l'effet des politiques répressives en matière d'immigration. Les données de l'enquête INPES (INPES, 2007) montrent un recours important au test mais beaucoup dans le cadre de dépistage systématique (prénatal, prénuptial) ou à la demande du médecin. Les données de l'enquête VESPA indiquent une forte association entre arrivée récente et diagnostic tardif qui va dans le sens, d'une infection ancienne lors de l'entrée en France et d'une assez bonne efficacité des pratiques de dépistage (Delpierre, 2007)

Les axes de travail à privilégier sont : l'expérimentation de nouvelles stratégies de dépistage (en général), les pratiques des médecins dans différents contextes en matière de dépistage des migrants, notamment pour distinguer les tests à l'initiative de la personne, les tests à l'initiative des médecins et les tests à l'insu. Un groupe sur le dépistage est mis en place à l'ANRS en janvier 2008 sur le dépistage.

De plus, en novembre 2007, au sein de l'AC18, il est apparu intéressant – et motivant – de réaliser une étude utilisant les techniques de recueil de données biographiques auprès de personnes nouvellement diagnostiquées. Le projet est de réunir une dizaine de personnes, chercheurs et associatifs pour réaliser en une courte période un nombre suffisant d'entretiens pour renouveler la connaissance des trajectoires des personnes qui viennent d'être diagnostiquées en 2008 (A. Desgrees du Lou). Ce projet se concrétisera au premier trimestre 2008.

▪ *Prise en charge*

Divers dispositifs facilitant la prise en charge des migrants vivant avec le VIH ont été présentés : programme VIH en direction des migrants, guides INPES, action du COMEDE (Comité médical pour les exilés), action de AIDES, médiation à l'hôpital Bichat, (O. Bouchaud, document sur le programme ORCHESTRA à l'hôpital Avicenne).

Beaucoup de questions concernent la situation administrative vis-à-vis du séjour compte tenu des évolutions constantes des textes, de leur application et des variations locales de celles-ci. Diverses mesures constituent des obstacles tels que : réforme de l'AME instituant un délai d'accès, opacité et complexité des procédures, erreurs administratives dans l'accès à la couverture maladie entravant la continuité des soins, restrictions réelles ou anticipées dans l'application du droit au séjour pour soins etc. L'évaluation du droit et de son application n'est pas en soi une question de recherche pour l'ANRS. ***Cependant les conséquences des conditions administratives sur la prise en charge font bien partie du champ de recherche : ainsi un thème prioritaire est d'évaluer l'impact des nouvelles mesures de répression de l'immigration irrégulière sur les comportements de santé et les trajectoires de maladie des étrangers.***

Les autres dimensions de la vie avec le VIH et d'éventuelles spécificités des migrants par rapport aux non migrants ont été présentées, notamment à partir des données de l'enquête VESPA (F.Lert,

présentation) : ces données reflètent l'épidémiologie du VIH dans la population migrante où dominant les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, le diagnostic tardif et ses déterminants (arrivée récente en France), une observance et un taux de succès thérapeutique moins bons, une situation sociale particulièrement défavorable notamment au moment du diagnostic, souvent très proche de celui de l'immigration. A la différence des autres patients, la situation peut s'améliorer au cours de la prise en charge avec l'allongement du séjour en France. Les projets parentaux et les naissances sont plus fréquents chez les migrants (F. Lert, présentation et Heard, 2007).

Une étude qualitative est en cours auprès des femmes africaines (D. Pourette).

Une étude qualitative sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH ayant une mauvaise connaissance de la langue française démarrera début 2008 (DGS - CREDES).

Parmi les patients nouvellement diagnostiqués inclus dans la cohorte COPANA (L.Meyer), une proportion importante sont des migrants. Ce matériel permettra donc d'explorer de nombreuses questions tant sur les aspects cliniques et thérapeutiques que sur les aspects sociaux et comportementaux puisqu'il existe un recueil de données sociales.

Par ailleurs, l'enquête VESPA sera faite à nouveau en 2009 avec une perspective de comparaison et un approfondissement de certains thèmes clés, notamment concernant les migrants.

Les approches en terme de trajectoire de maladie, de discrimination dans les dispositifs sanitaires et sociaux, de relations avec les professionnels, de stigmatisation de la part de l'entourage devraient être développées dans les différents dispositifs d'enquête ou dans de nouvelles recherches..

Liste des présentations

Réunion du 7 juillet 2005

- Les données épidémiologiques existantes sur le VIH, le VHB et le VHC chez les migrants (Florence Lot, Laurence Meyer)
- Histoire naturelle et dynamique des épidémies (sous-types et résistance primaire pour le VIH1) (Sophie Matheron)
- Les migrations africaines récentes en France : essai de typologie (Xavier Thierry)
- Catégorie et définition (France Lert)

Réunion du 29 septembre 2005

- Caractéristiques et réponse au traitement antirétroviral des patients nés en Afrique de la cohorte APROCO (Charlotte Lewden)
- Patients Africains en France & VIH. Spécificité des traitements du VIH chez les patients africains (Olivier Bouchaud)

Réunion du 28 novembre 2005

- les formulaires de consentement et d'information aux patients (Antonin Sopena)
- présentation de l'association MIGAS (Elisabeth Bouvet)

Réunion du 18 janvier 2006

- L'enquête VESPA (France Lert)
- L'enquête AIDES sur l'accès au séjour, aux soins et à l'hébergement des étrangers séropositifs au VIH en 2004 (Jean-Marie Le Gall)

15 janvier 2008

- Le problème spécifique du VIH chez les exilés en France
- (Arnaud Veisse, COMEDE)
- Synthèse des Etats Généraux de AIDES sur les migrants
- (Jean-Marie Le Gall.)
- Point sur l'organisation et l'état d'avancement de la réflexion sur le consentement et l'information aux patients (Antonin Sopena)

Réunion du 23 mars 2006

- Les données de l'enquête Giné et du Baromètre Santé (Nathalie Bajos, Dolorès Pourette)
- Le consentement et l'information aux patients (Antonin Sopena et Catherine Fagard)
- CD4 et patients originaires d'Afrique subsaharienne (Charlotte Lewden)
- L'observance thérapeutique chez les migrants (Bruno Spire)
- Migrants et situations de précarité dans l'enquête VESPA (France Lert)

Réunion du 29 Mai 2006

- Données épidémiologiques existantes (Elisabeth Delarocque-Astagneau)
- Les enjeux concernant le VHB et le VHC chez les migrants en France : traitements, prévention (Dominique Roulot, Françoise Roudot-Thoraval)
- CD4 et patients originaires d'Afrique subsaharienne (Laurence Meyer, Charlotte Lewden)

Réunion du 13 septembre 2006

- présentation des premiers résultats de l'enquête "KABP-Migrants" (Nathalie Lydie)
- les migrants dans l'enquête KABP-Antilles-Guyane (Sandrine Halfen)
- présentation des programmes de l'INPES en direction des migrants dans le domaine VIH/sida (Emmanuelle Le Lay)

Réunion du 2 février 2007

- Comment obtenir des échantillons représentatifs des populations immigrées ou de certains sous-groupes (Patrick Simon, INED)
- Comment résoudre la question de la langue et des enquêteurs (BVA : expérience de l'enquête migrants sur les attitudes face au sida, INED/enquête TIES)
- Quels sont les problèmes particuliers que posent les enquêtes qualitatives auprès de populations immigrées (Sylvie Fainzang, CERMES ; Dolores Pourette, INSERM)
- Comment documenter les repères biographiques (Eva Lelièvre, INED)

Réunion du 12 décembre 2007

- Les données sur le dépistage chez les migrants: InVS (Stéphane Le Vu, Florence Lot), KABP-Migrants (Nathalie Lydié), ANRS-VESPA, enquête Retard (ANRS-InVS)

Références

- Breton G, Lewden C, Spire B et al. (2007) Characteristics and response to antiretroviral therapy of HIV-1 infected patients born in Africa and living in France. *HIV Medicine*, 8,3,164-170.
- Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T *et al.* (2007). Correlates of late diagnosis in France. Implications for testing policy. *Int J STD AIDS* 18:312-317.
- Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F, and the VESPA Study Group (2007) : Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*, 21, suppl 1, S5-S12.
- Fonquernie L, Dray-Spira R, Bamogo E, Lert F, Girard PM (2006) : Caractéristiques des patients nouvellement pris en charge pour une infection VIH dans un CHU parisien en 2002–2003. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 36, 5, 270-279.
- Heard I, Sitta R, Lert F and the VESPA Study Group (2007) : Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS*, 21, suppl 1, S77-S82.
- InVS (2007) Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-2005. Mars.
- Lecoeur S, Im-Em Wassan, Koetsawang Suporn, Lelièvre E. (2005). Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande: l'apport d'une approche biographique? *Population*, 60,4, 551-568.
- Lydié N (sous la direction de) *Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, 2007, INPES, 183p
- Marcellin F, Carrieri P, Peretti-Watel P, Bouhnik AD, Obadia Y, Lert F et al (2006) : [Letter to the Editor] Do migrants overreport adherence to highly active antiretroviral therapies?: results from the French VESPA (ANRS-EN12) National Survey. *JAIDS*, 45, 5, 646-647.
- Mortier E, Chan Chee C, Bloch M et al (2003) Nouveaux consultants pour une infection VIH dans un hôpital du nord des Hauts de Seine, *BEH*, 1, 2-3.
- Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X (2005) Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida. Evolutions 1992, 1994,1998,2001,2004. ORS Ile de France 176p.
- Halfen S., Fenies K, Ung B et al. (2006) Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004, ORS Ile de France, 290p
- Salomon C. (2000) Des bals nègres aux boîtes black. Sexual mixing à Paris. in ANRS Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux. 113-129.
- Salomon C. (2007) Jungle Fever. Genre, âge, race et classe dans une discothèque parisienne, *Genèses*, 69, 4, 92-111
- Thierry X. (2004) Evolution récente de l'immigration en France et éléments de comparaison avec le Royaume Uni. *Population*. 59,5, 725-764.