

## LES MIGRANTS FACE AU VIH ET AUX HÉPATITES : LA DOUBLE PEINE

Depuis le début de l'épidémie, les personnes migrantes<sup>1</sup> vivant en France payent un lourd tribut au VIH. Il en va de même pour les hépatites. Longtemps les acteurs institutionnels comme ceux de terrain, ont hésité à définir une politique de prévention ciblée, par crainte de voir ces populations stigmatisées. A partir de 2001, dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH/sida, le ministère de la santé a défini les migrants comme public prioritaire. Cette nouvelle politique, ciblée mais non stigmatisante, a facilité la mobilisation et de nombreux projets ont ainsi pu voir le jour.

### Migrants et VIH : un risque accru

Les données issues de la surveillance épidémiologique du VIH/sida reflètent clairement le risque accru d'exposition et d'infection par le VIH pour la population migrante vivant en France, notamment celle originaire d'Afrique subsaharienne.

En 2014, parmi les 6 600 découvertes de séropositivité, 48% concernaient des personnes nées à l'étranger<sup>2</sup> (vs 37% en ex région Rhône-Alpes). Ce sont donc environ 3 100 migrants qui découvrent chaque année leur séropositivité. En 2003, les migrants représentaient 58% des découvertes de séropositivité.

Les personnes nées en Afrique subsaharienne représentaient, en 2014, le tiers (32%) de l'ensemble des découvertes de séropositivité ou encore les deux tiers (66%) des découvertes de séropositivité chez les migrants.

Les femmes représentaient 57% des nouveaux diagnostics de séropositivité chez les migrants d'Afrique subsaharienne ; 30% chez les migrants d'autres régions du monde.

Rapporté au nombre de migrants vivant en France, le taux de découvertes de séropositivité par le VIH, en 2014, dans cette population était de 55 pour 100 000 habitants (6/100 000 chez les personnes nées en France). Si on ne prend en compte que les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, ce taux est encore plus élevé et atteint 270 pour 100 000 habitants.

Le principal mode de contamination des personnes migrantes est la transmission lors de rapports hétérosexuels, pour 66% des hommes et 99% des femmes. La transmission lors de rapports sexuels entre hommes concerne 30% des hommes migrants, assez peu ceux nés en Afrique subsaharienne (environ 11%), mais plus fréquemment ceux nés en Europe (56%) ou sur le continent américain (52%). L'usage de drogues concerne 3% des hommes, notamment ceux nés en Europe, et plus particulièrement en Europe de l'est.

« Il faut rompre la chaîne de contamination après l'arrivée ».

### Le VIH contracté aussi en France

29% des personnes nées en Afrique subsaharienne, et ayant découvert leur séropositivité en 2014, ont été infectées par le VIH-1 de sous-type B, présent en Europe de l'Ouest et quasi-inexistant en Afrique<sup>2</sup>. Ce qui indique une infection en France. Par ailleurs, l'étude Parcours 2012-2013<sup>3</sup> nous apprend qu'entre 35% et 49% des migrants subsahariens suivis pour le VIH en Ile-de-France ont été contaminés après leur arrivée en France. Les comportements à risque étant favorisés par les conditions de migration et la précarité sociale.

Ces données changent la représentation que l'on pouvait avoir de l'épidémie chez les migrants. Il ne s'agit pas d'une maladie d'importation qu'il faut prendre en charge le mieux possible. Il faut également rompre la chaîne de contamination après l'arrivée.

### Hépatites chroniques : prévalence élevée chez les migrants

En France, pays de faible endémie, la situation est préoccupante car au-delà de leur gravité, les hépatites touchent majoritairement des populations vulnérables, traduisant d'importantes inégalités sociales de santé. Ainsi, la proportion de portage chronique du VHB et du VHC est bien supérieure chez les immigrés qu'en population générale.

	Ag HBs	Ac anti VHC
France métropolitaine	0,55%	0,75% <sup>4</sup>
Afrique du Nord	0,24%	1,12%
Afrique subsaharienne	5,25%	3,12%
Asie	0,92%	1,37%
Europe de l'Est	0,87%	0,81%
Moyen-Orient	2,45%	10,17%

*Hépatites et public migrant, Guide pour les professionnels de santé, Prométhée Alpes Réseau, 2014*

Il s'avère que ces données pourraient être sous-estimées. En effet, les prévalences observées dans des structures d'accueil des personnes migrantes ou en situation de précarité sont bien plus élevées, variant de 7% à 15% chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Cette prévalence est corrélée à la fréquence des hépatites dans le pays d'origine et à la précarité sociale. Elle est notamment 3 fois plus élevée chez les personnes à faibles ressources : 1,8% chez les personnes bénéficiaires de la CMUc vs 0,57% pour les personnes non bénéficiaires<sup>5</sup>.

D'autres inégalités se dessinent chez les migrants en termes de morbidité et de mortalité associées aux hépatites<sup>6</sup> :

- Le risque de passage à la chronicité et de développer des complications est majeur chez les personnes contaminées précocement dans leur vie. Or, le VHB dans les zones endémiques est le plus souvent acquis à la naissance par transmission périnatale ou durant l'enfance par transmission horizontale ;
- La proportion de personnes porteuses du VHB, ignorant son statut sérologique, atteint 80% chez les personnes nées en zone de haute endémie ;
- L'accès aux soins est plus tardif chez les migrants que chez les personnes nées en France, hormis pour les natifs d'Afrique subsaharienne.

« La diffusion du VIH/sida et des hépatites est avant tout de nature sociale ».

## La primauté du social sur le culturel

S'agissant des populations migrantes et notamment des populations africaines, une certaine surdétermination du fait culturel a parfois amené un biais dans la compréhension de la dynamique de l'épidémie et des obstacles à la prévention. L'apport des différentes sciences sociales permet pourtant de montrer que les conditions de diffusion du VIH/sida et des hépatites sont avant tout de nature sociale. Il s'agit d'enjeux sociaux qui traversent les cultures. Ils ne concernent ni exclusivement des groupes linguistiques donnés, ni les pratiquants d'une même religion, pas plus que les habitants d'une région délimitée. Ce déplacement de l'analyse, du culturel vers le social, n'enlève pas, pour autant, au premier toute valeur explicative mais il le resitue dans une plus juste position.

Les situations qui exposent les individus aux VIH et aux hépatites doivent principalement être recherchées du côté des processus d'urbanisation, de migration et d'individualisation mais également dans les rapports de pouvoir entre les sexes et dans les questions de faible littératie. Ces processus se combinent entre eux, trouvent parfois des relais dans des spécificités culturelles, mais il est indispensable de reconnaître la primauté des conditions sociales sur les critères culturels dans la propagation ou la maîtrise de ces épidémies.

## QUELLES PISTES POUR UNE NOUVELLE PRÉVENTION ?

- **Aborder la thématique VIH/hépatites virales dans une approche de santé globale de la prévention aux soins.**
- **Limiter les opportunités manquées de dépistage :**
  - **Inciter fortement au dépistage régulier des Infections Sexuellement Transmissibles (dont le VIH et les hépatites), en facilitant son accès grâce à la multiplicité des offres (médicales, communautaires par TROD, autotests VIH) ;**
  - **Améliorer la proposition de dépistage du VIH et des hépatites, à l'arrivée des personnes migrantes, y compris dans ses dimensions éthiques (Recueillir le consentement des personnes / Favoriser le recours volontaire au dépistage. Proposition ne veut pas dire obligation).**
- **Informé sur la diversité de l'offre de prévention : préservatifs (internes et externes), dépistages, traitement comme prévention (TasP), traitement d'urgence (TPE), prophylaxie pré-exposition (PrEP).**
- **Favoriser la mobilisation des communautés migrantes, dans leurs diversités, et le renforcement de leur empowerment pour qu'elles puissent être relais de prévention et porteuses elles-mêmes de projets de prévention et de promotion de la santé.**

**Au-delà d'un arsenal préventif à promouvoir, ce sont les conditions de vie qui cadrent le champ des possibles. La première chose dont les migrants ont besoin pour prendre soin d'eux, se protéger des IST et protéger leurs partenaires, c'est de pouvoir y penser. Pour cela, il faut avoir quelques garanties sur ses besoins fondamentaux : sécurité (celle liée notamment à sa situation administrative), un toit pour dormir et un revenu minimum pour vivre.**

Synthèse documentaire réalisée par le CRIPS Auvergne-Rhône-Alpes et le Pôle Isère VIH (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes)



Les 5 fiches  
"Plaidoyer pour une nouvelle prévention"  

- Les jeunes
- Les HSH
- **Les migrants**
- Les personnes vivant avec le VIH
- Les usagers de drogues

Avril 2017

1 Migrant (ou immigré) : « Personne née étrangère à l'étranger et entrée en France en cette qualité en vue de s'établir sur le territoire français de façon durable. Un immigré a pu, au cours de son séjour en France, acquérir la nationalité française » (Définition du Haut Conseil à l'Intégration). La France compte 5,3 millions d'immigrés (dont 41 % de Français), Insee 2012 sur recensement 2008-2009.

2 Découvertes de séropositivité VIH chez les migrants en France, Santé publique France, 2016. Les premières données 2015 présentées par Santé publique France le 29 novembre 2016 indiquent que les hétérosexuels nés à l'étranger représentent 38% des nouvelles découvertes de séropositivité (femmes 23% ; hommes 15%). Mais nous ne disposons encore pas des chiffres pour l'ensemble des personnes nées à l'étranger (homos et hétérosexuelles).

3 Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS), BEH 2015 40-41.

4 Rapport Dhumeaux 2014 « Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C »

5 InVS, BEH 2016 13-14.

6 Hépatites et public migrant, Guide pour les professionnels de santé, Prométhée Alpes Réseau, 2014.