



**COREVIH**  
*Pays de la Loire*

# Dossier :

# Les migrants et le VIH

## SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>p.3-4</b>
<b>Démarche méthodologique.....</b>	<b>p.5-6</b>
<b>Le public.....</b>	<b>p.7-19</b>
<b>I) Qu'est-ce qu'un migrant ? .....</b>	<b>p.7-9</b>
<b>II- Les migrants sur la région Pays de la Loire.....</b>	<b>p.9-11</b>
II-1) Les migrants en Pays de la Loire.....	p.9-10
II-1.2) Concentration géographique.....	p.10-11
<b>III-1) Les migrants et le VIH/SIDA.....</b>	<b>p.11-12</b>
III-1.1) Concernant l'accès au dépistage.....	p.11-12
III-1.2) Prise en charge médicale et administrative.....	p.12
<b>III-2) Situation des migrants suivis pour soins sur la région Pays de la Loire.....</b>	<b>p.12-18</b>
III-2.1) Présentation des patients.....	p.13
III-2.2) Situation sociale.....	p.14-15
III-2.3) Situation médicale.....	p.15-18
<b>Guide des structures accueillant le public migrant sur la région Pays de la Loire.....</b>	<b>p.</b>
Répertoire Loire-Atlantique.....	p.
Répertoire Maine et Loire.....	p.
Répertoire Mayenne.....	p.
Répertoire Vendée.....	p.
Répertoire Sarthe.....	p.
<b>Calendrier des rencontres et échanges téléphoniques.....</b>	<b>p.20-22</b>
<b>Constats et pistes d'action.....</b>	<b>p.23-26</b>
Constats.....	p.23-24
Pistes d'actions.....	p.25-26
<b>Conclusion.....</b>	<b>p.27</b>

## INTRODUCTION

Les COREVIH (Coordination régionale de lutte contre le VIH) ont remplacés les CISIH (Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine) en 2007. C'est à partir de la volonté d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs du secteur paramédical et les acteurs sociaux à l'échelle régionale que les COREVIH ont été créés. Ainsi, il existe un COREVIH au sein de chaque région de France. Ce dossier va concerner le COREVIH des Pays de la Loire qui coordonne l'action sanitaire, sociale et médico-sociale sur les départements du Maine et Loire, Loire-Atlantique, Mayenne, Vendée et Sarthe.

Les COREVIH ont plusieurs missions fixées par le Ministère de la santé :

- 1) Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé
- 2) Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques
- 3) Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte FHDH-ANRS CO4).

Afin de répondre à ces missions, le COREVIH met en place des commissions sur différentes thématiques, telles que les accidents d'exposition au sang, le dépistage et l'éducation thérapeutique. Cette instance met également en place des réunions avec les différents acteurs régionaux en lien avec le VIH sur la région dans l'objectif de lutter contre le VIH. Depuis quelques années, un logiciel a également été développé sur la région regroupant les données médico-épidémiologiques liées aux patients VIH afin d'améliorer l'information et mutualiser les connaissances.

Dans le cadre de ces missions et plus particulièrement des deux premières missions, le COREVIH a souhaité mettre en place une étude autour de la thématique « Migrants et VIH » avec pour objectif d'établir des pistes d'actions afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge médicale au sein de cette population. Cette volonté est issue des préconisations du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 ainsi que de différents constats partagés par les acteurs de terrains membres du COREVIH, selon lesquels il est difficile de sensibiliser le public migrant. De plus, en

terme de statistiques, les populations originaires de pays étrangers sont les plus touchées par la maladie et notamment les populations d'Afrique subsaharienne.

L'étude autour de la population migrante et du VIH se constitue de différentes étapes afin de concourir à l'objectif présenté précédemment. Une première phase a été axée autour de l'information par un travail avec le Centre de dépistage anonyme et gratuit du CHU de Nantes. Ce travail s'est élaboré autour de la construction d'un guide référençant tous les lieux de dépistage sur la région avec pour objectif que ce guide soit distribué au sein des lieux médicaux pouvant accueillir le public migrant afin d'assurer l'orientation, pour un dépistage, vers les lieux adaptés.

Dans un second temps, le COREVIH a souhaité élaborer un répertoire des diverses structures qui accueillent le public migrant sur la région des Pays de la Loire. L'objectif est d'une part de pouvoir cibler les lieux d'accueil des migrants et d'autre part rencontrer les professionnels de ces structures afin de connaître les problématiques liées à ce public mais également le regard porté sur le VIH tant par les structures que par le public. D'un point de vue plus général, le COREVIH souhaite connaître les raisons à cette sur-représentation des migrants au sein des personnes touchées par l'épidémie. Le public migrant est l'un des public cible de la commission dépistage avec les HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), les libertins, les homosexuels et les travailleuses du sexe. Cette commission a pour objectif de créer des outils de communication afin d'améliorer le dépistage. Ainsi, cette étude rentre également dans cet objectif de connaître mieux le public migrant, et les lieux d'accueil afin de pouvoir les cibler et adapter les outils.

Dans cette optique, ce dossier va donc présenter d'une part, des données relatives au public sur les Pays de la Loire malade et non malade et d'autre part tout le travail concernant la création de ce guide des associations et les rencontres liées à cette démarche.

## DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Afin de concourir à l'objectif d'améliorer le dépistage et la prise en charge médicale auprès de la population migrante et répondre à cette seconde étape de répertoire des structures d'accueil des migrants sur la région des Pays de la Loire, le COREVIH a souhaité recruter une stagiaire pour quatre mois.

La mission de stage s'est déroulée en deux phases. Une première phase concernant le répertoire de ce guide et une seconde phase autour de la rencontre avec les diverses structures référencées.<sup>1</sup>

Dans un premier temps de stage, j'ai établi un plan d'action de stage afin de définir sous quel angle je comptais aborder cette problématique. Par la lecture de plusieurs revues j'ai pu avoir une première idée des problématiques concernant les migrants et le VIH. Par la suite mes premières interrogations ont portées sur le type de migrant ciblé par cette étude. Le COREVIH a choisi de travailler sur les migrants de toutes origines, adultes et atteints de la pathologie ou non. Ainsi, j'ai ciblé ma recherche sur les structures qui accueillent tous les migrants et non pas sur les différentes petites associations dites communautaires et j'ai également répertorié les structures pouvant accueillir les migrants mais aussi celles qui abordent spécifiquement le VIH.

Concernant le répertoire, je me suis principalement appuyée sur des sources internet. Ces sources ont été celles données par les sites des conseils généraux de chaque département, le site regroupant toutes les associations dont les statuts ont été publiés au journal officiel ainsi que le site de l'action sociale qui regroupe tous les établissements de l'action sociale et médico-sociale. Je me suis également servi des contacts du carnet d'adresse de Madame BLATIER Audrey, coordinatrice administrative au sein du COREVIH. Les contacts donnés à la suite d'entretien physique et téléphonique avec les professionnels des structures référencés m'ont également aidé à construire ce répertoire. Pour finir, je me suis aussi servi du guide 2013 du canard social recensant les structures de l'action sociale sur les Pays-de-la Loire autour de différents secteur d'action tels que l'emploi, le logement, les personnes âgées, le transport et les migrants.

La rencontre avec les différentes structures accueillant les migrants<sup>2</sup> s'est organisée par entretiens physiques et téléphoniques. En effet, ayant un stage en alternance, il m'était compliqué de

---

<sup>1</sup> Cf. Calendrier des rencontres

<sup>2</sup> Cf. Calendrier des rencontres

pouvoir rencontrer beaucoup de structures et ainsi optimiser l'apport qualitatif des entretiens par rapport au répertoire.

Ainsi, j'ai pu rencontrer une quinzaine de structures. Pour les interroger j'ai créé une grille d'entretien.

<sup>3</sup> L'approche a été d'abord de connaître les activités de la structure interrogée puis de savoir si l'angle de la santé était abordé ou non et si non pourquoi. L'objectif était également de savoir les éventuelles représentations du VIH et réticences concernant cette problématique par le public migrant.

Concernant mes difficultés dans cette mission de stage, comme j'ai pu le dire il a été difficile d'organiser et de faire concorder correctement la mission de stage avec les retours-écoles. De plus, ce travail étant régional, il nécessitait une recherche sur cinq départements donc sur une surface géographique importante ce qui a accentué la difficulté à effectuer un dossier complet. Concernant cette thématique le COREVIH n'avait effectué aucun travail préalable et n'avait pas de connaissances, ainsi, ma mission consistait également à construire une étude sur le public migrant.

---

<sup>3</sup> Cf. annexe N° 1

## LE PUBLIC

Avant de présenter plus en détail l'étude sur les migrants, il est nécessaire d'avoir des éléments sur le public, d'une part la situation des migrants sur la région Pays de la Loire et d'autre part celle des migrants pris en charge par le COREVIH.

### I) Qu'est-ce qu'un migrant ?

Dans mes premières interrogations, je me suis questionnée sur ce qu'était un migrant ? Pour moi, le mot « Migrants » est une notion polysémique, en effet les migrants peuvent regrouper différentes personnes. On parle de migrations lorsqu'une personne change simplement de ville ou lorsqu'elle change de Pays pour un emploi saisonnier par exemple.

Dans le cadre de ce dossier, les migrants pris en compte sont les personnes d'origine étrangère qui quittent leur pays pour différentes raisons et pour s'installer durablement dans le pays d'accueil et qui n'ont pas acquis la nationalité française. Après diverses recherches, je me suis également demandé si l'on pouvait rattacher le terme d'immigré aux migrants ? Car l'Insee n'établit de statistiques que sur les immigrés.

Afin de répondre à ces interrogations, je vais m'appuyer sur différentes définitions :

Selon la définition donnée par la croix rouge française, un migrant peut se définir comme *« Toute personne étrangère ayant quitté volontairement son pays pour résider ailleurs et principalement à la recherche d'un emploi ou de meilleures conditions de vie. »*<sup>4</sup>

La CIMADE propose des définitions et met en avant cet aspect polysémique *« Le terme "migrant" doit être utilisé avec précaution, car il n'est dénué ni d'idéologie, ni d'ambiguïtés. Il arrive qu'il serve à opérer un tri entre les personnes qui quittent leur pays selon les causes supposées de leur départ. Les "migrants" feraient ce choix pour des raisons économiques, quand les réfugiés ou les demandeurs d'asile y seraient forcés pour des motifs politiques. Or les contraintes économiques et politiques se confondent souvent, et la distinction entre différentes catégories de "migrants" est généralement arbitraire »*.<sup>5</sup>

Le terme de migrants regroupe plusieurs catégories, selon le site de la Cimade, celle des migrants internationaux, des réfugiés, des demandeurs d'asile, des clandestins, des travailleurs migrants, des migrants environnementaux et des déplacés internes. La Cimade propose des définitions de ces termes :

---

<sup>4</sup> <http://www.croix-rouge.fr/>

<sup>5</sup> <http://www.lacimade.org/>

- ✚ **Migrant international** : Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [UNESCO]. A des fins statistiques, les Nations Unies proposent de distinguer le "migrant à long terme" (personne s'installant dans un pays autre que son pays de résidence habituelle pour une période d'au moins douze mois) du "migrant temporaire".
- ✚ **Travailleur migrant** : Personne qui va exercer, exerce ou a exercé une activité rémunérée dans un État dont elle n'est pas ressortissante [Convention internationale des Nations-Unies sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles].
- ✚ **Migrant environnemental** : Il n'existe pas de définition figée de la migration environnementale. On peut cependant considérer la migration environnementale comme une migration causée, directement ou non, totalement ou en grande partie, par des phénomènes environnementaux, qu'ils soient multiples ou uniques, catastrophiques ou graduels, naturels ou anthropiques. Le Programme des Nations Unies pour l'Environnement parle de "Personne forcée de quitter son lieu de vie de manière temporaire ou permanente à cause d'une rupture environnementale (d'origine naturelle ou humaine)".
- ✚ **Déplacé interne** : Personne forcée ou contrainte à fuir son lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État [ONU].
- ✚ **Clandestins ou sans-papiers ?** Le terme "clandestin", empreint d'un caractère péjoratif et criminalisant, est communément mais abusivement utilisé pour désigner des étrangers en situation irrégulière, et laisse penser que ces personnes ont volontairement franchi irrégulièrement la frontière du pays où elles se trouvent, pour y rester dans l'illégalité. En réalité, la plupart des étrangers en situation irrégulière sont entrés régulièrement sur le territoire européen : avec un visa de touriste, d'étudiant ou autre, ou encore en déposant une demande d'asile à leur arrivée. C'est le fait de demeurer dans le pays où ils se trouvent une fois leur visa expiré, parce qu'ils n'ont pas pu obtenir le droit d'y séjourner durablement, ou après le rejet de leur demande d'asile, qui les fait basculer dans la catégorie des "sans-papiers". La proportion d'étrangers qui entrent sur le territoire européen sans papiers ou avec de faux documents est très faible, malgré la médiatisation importante qui entoure parfois ces arrivées. C'est en rendant très difficile la délivrance de visas et, par conséquent, la possibilité pour les migrants de faire des allers-retours entre le pays où ils travaillent et celui dont ils sont originaires, que les politiques migratoires "fixent" les sans-papiers sur le territoire européen.
- ✚ **Réfugiés** : "Toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays" (article 1 de la Convention

internationale de Genève du 28 juillet 1951). En droit français est réfugiée la personne qui s'est vue reconnaître cette qualité par l'OFPRA ou par la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

- ✚ **Demandeurs d'asile** : Toute personne étrangère sollicitant la protection de la France pendant la période d'examen de sa demande.

Pour répondre à mon interrogation concernant le lien entre Immigré et migrants, je vais me reposer sur la définition proposé par l'INSEE :

*« Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. A l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restent étrangers. Les populations étrangères et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas forcément étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continu d'appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. »<sup>6</sup>*

Etre immigré est mis en lien avec le fait de vivre dans un pays différent de son pays d'origine et donc d'être étranger au pays d'accueil en n'ayant pas la nationalité. Je peux donc mettre en lien ces deux notions de migrants et d'immigrés.

## II- Les migrants sur la région Pays de la Loire :

Le terme de « migrants » regroupe la notion de migration ainsi nous pouvons regrouper cela à l'immigration et nous appuyer sur les données de l'INSEE sur la région des Pays de la Loire.

### II-2) Les Migrants en Pays de la Loire :

au 1er janvier 2010

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	France métropolitaine
<b>Français</b>	<b>1 251 349</b>	<b>767 600</b>	<b>299 841</b>	<b>551 734</b>	<b>627 190</b>	<b>3 497 714</b>	<b>59 060 074</b>
Français de naissance	1 228 654	755 186	296 561	543 308	620 869	<b>3 444 578</b>	56 271 508
Français par acquisition	22 695	12 414	3 280	8 426	6 321	<b>53 136</b>	2 788 566
<b>Étrangers</b>	<b>30 703</b>	<b>17 210</b>	<b>6 496</b>	<b>11 784</b>	<b>7 588</b>	<b>73 781</b>	<b>3 705 161</b>
Espagnols	632	277	85	228	153	<b>1 375</b>	127 390
Italiens	616	289	78	159	152	<b>1 294</b>	171 927
Portugais	2 906	1 729	425	1 323	977	<b>7 360</b>	495 205
Autres étrangers de l'Union européenne	5 242	3 104	2 860	1 592	3 422	<b>16 221</b>	540 916
Autres Européens	1 464	815	268	1 008	624	<b>4 178</b>	166 581
Marocains	2 372	2 322	620	1 527	329	<b>7 170</b>	434 719

<sup>6</sup> <http://www.insee.fr/fr/>

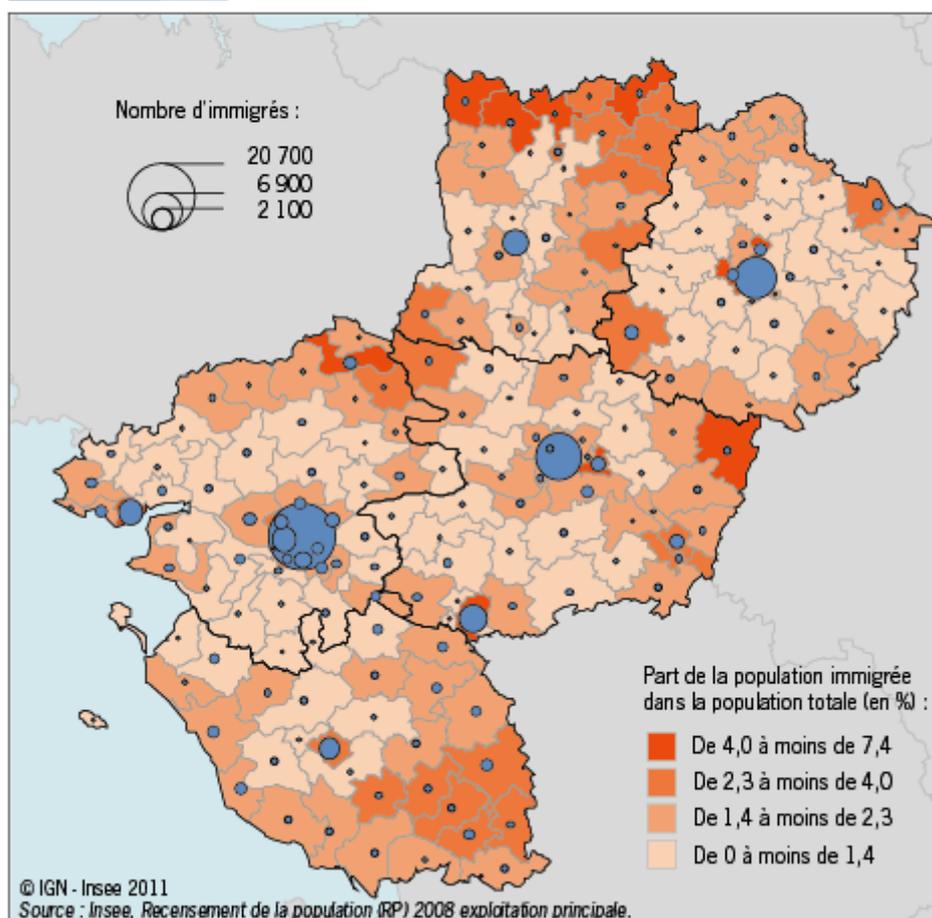
Algériens	3 712	819	363	714	234	<b>5 842</b>	465 308
Tunisiens	1 320	524	166	483	80	<b>2 571</b>	146 606
Autres étrangers d'Afrique	5 982	3 235	1 123	2 603	599	<b>13 542</b>	491 274
Turcs	2 700	1 484	130	772	129	<b>5 215</b>	221 243
Autres	3 758	2 612	380	1 374	888	<b>9 011</b>	443 991
<b>Total</b>	<b>1 282 052</b>	<b>784 810</b>	<b>306 337</b>	<b>563 518</b>	<b>634 778</b>	<b>3 571 495</b>	<b>62 765 235</b>

Les migrants sont représentés dans ce tableau par les étrangers n'ayant pas acquis la nationalité française. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les migrants en Pays de la Loire représentent 2,1 % de la population totale. Nous pouvons remarquer que les étrangers sont principalement regroupés au sein des départements de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire. Cela peut s'expliquer par le fait que la région des Pays de la Loire a une situation particulière. En effet ces deux départements sont habilités à enregistrer les migrants alors qu'en général, un seul département est désigné comme pouvant enregistrer les migrants. Les étrangers venant du continent africain hors Afrique du nord sont les plus représentés sur la région avec les autres étrangers de l'union européenne.

### II-3) Concentration géographique :

#### Des immigrés localisés principalement dans les pôles urbains

Nombre d'immigrés et part dans la population totale des Pays de la Loire par canton en 2008



Nous pouvons voir sur cette carte que les migrants sont plus concentrés dans les grands pôles urbains et principalement dans les grandes villes départementales telles que Nantes et Angers. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait que ces deux villes sont habilitées à enregistrer les migrants sur la région mais également par le fait que ces zones géographiques sont les plus peuplées. Les migrants arrivent généralement dans les grandes villes et sont par la suite hébergés par des compatriotes. Les migrants d'un regard général sont éparpillés dans toute la région malgré la plus grosse concentration autour des pôles urbains. Certains sont également présents sur les côtes littorales.

Pour faire le lien avec le VIH, nous pouvons émettre le constat que les migrants se situent aussi autour des lieux de dépistage donc qu'ils leur sont accessibles.

### **III- Les migrants et le VIH/SIDA :**

Selon le rapport 2012 de l'ORS portant sur la région Pays de la Loire, les nouvelles contaminations de sida touchent 190 Ligériens/an. Parmi les nouveaux cas de sida détectés eux 65 % sont nés en France, 28 % dans un pays d'Afrique subsaharienne, 4 % dans un pays d'Europe, et 3 % dans un pays d'Afrique du nord, d'Asie/Océanie ou d'Amérique. Les Pays de la Loire présentent une proportion de personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité inférieure à la moyenne nationale (35 % vs 45 % en France métropolitaine).

Ce constat peut être rapproché de la moindre présence de personnes de nationalité étrangère dans la région (2 % selon le recensement de population de 2010 vs 6 % en France métropolitaine).

#### **1) Concernant l'accès au dépistage :**

Concernant l'accès au dépistage pour les populations migrantes, les départements de Loire-Atlantique et Maine et Loire assurent l'information lors de la réception des populations migrantes aux points d'accueils qui sont respectivement l'association AIDA (Accueil et Informations pour les demandeurs d'asiles) issue de l'association gestionnaire Saint-Benoît de Labre pour la Loire-Atlantique et Espace accueil géré par l'abri de la providence. Ces deux associations reçoivent les primos-arrivants et traitent leur demande et leur donne systématiquement les coordonnées des lieux de dépistage et des centres hospitaliers en cas de problèmes médicaux. Sur les autres départements Aides va à la rencontre de ces populations par différentes actions notamment les actions TROD sur les marchés et dans les lieux de fréquentations migrants. Les autres départements n'étant pas habilités à l'enregistrement je ne sais pas si cette information est assurée. Les associations orientent les migrants vers le CHU ou les centres de dépistage si la personne aborde un problème médical ou la volonté de faire le test. Globalement, au regard des rencontres effectuées un constat selon lequel les migrants sont plutôt informés de la maladie et connaissent son existence a été formulée. L'association Médecin du Monde aborde systématiquement la sérologie avec les personnes accueillies. Il n'y a pas de gêne de la personne

accueilli. L'association AIDES décrit ce sujet comme n'étant pas différents dans la manière de l'aborder si la personne en face est un migrant ou non.

Un seul constat revient fréquemment, il concerne la culture du secret au sein des populations migrantes et particulièrement les populations d'origine africaine. En effet, étant souvent hébergé par les membres de la communauté, ces personnes ont peur du rejet de la communauté face à une maladie encore perçue comme une malédiction, une maladie contagieuse et cache leur médicaments et le fait qu'ils sont atteints de la maladie. L'importance de l'aspect communautaire et les représentations sociales liées à la maladie jouent sur cette culture du secret.

## **2) Prise en charge médicale et administrative :**

Par les différentes rencontres avec les associations et les interventions des COREVIH de Bretagne et Pays de la Loire auxquelles j'ai pu assister, un constat est ressorti. Les migrants contaminés rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins. En effet, il est difficile pour un étranger malade d'obtenir un titre de séjour pour soins, la loi instituant que si le traitement existe dans le pays d'origine, la personne doit aller se faire soigner dans ce pays. De plus, selon une étude lancée par AIDES sur les difficultés rencontrées par les étrangers dans les demandes de papiers. En effet, suite à des dispositions législatives, le parcours pour accéder est de plus en plus long et compliqué, ce qui peut démotiver le public. La remise des titres de séjours pour soins est donc de plus en plus rare.

Les migrants rencontrent différents types de difficultés liés aux papiers, aux logements, à la précarité et tout cela rajouté à une problématique de santé ne peut améliorer leur situation, comment le COREVIH peut-il s'intégrer dans ce processus et dans le travail effectué par les associations de soutien et d'aide aux migrants qui luttent contre ces problématiques ?

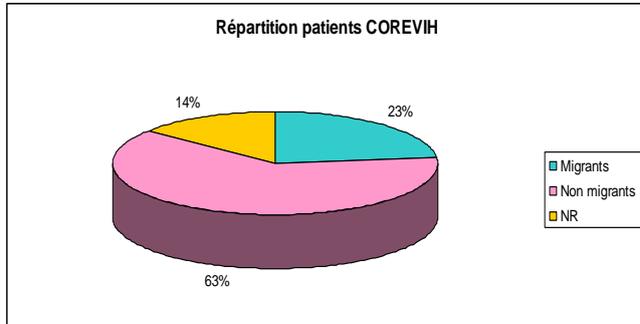
### **III-2) Situation des migrants suivis pour soins sur la région Pays de la Loire :**

Pour montrer la prévalence du sida au sein de la population migrante je vais m'appuyer sur les données de l'année 2013 issues du logiciel Nadis. Nadis est un logiciel national déployé sur chaque région et plus spécifiquement fin 2010 en région Pays de la Loire afin de recenser les données régionales sur la maladie dans un seul et même fichier. Je vais également faire une comparaison avec la file active du COREVIH afin de savoir la représentation de la part des migrants parmi les cas de VIH.

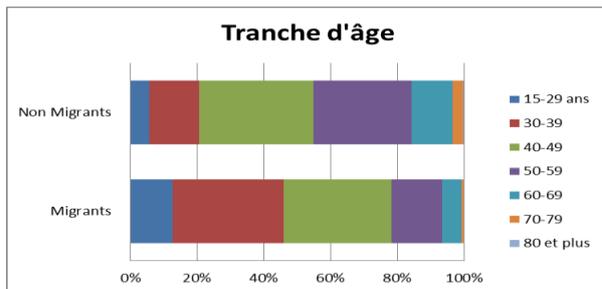
Grâce à ces chiffres, il est possible d'établir une comparaison entre les migrants et les non migrants. La catégorie migrants a été traitée en fonction du Pays de Naissance (hors France) car le critère de nationalité n'est pas pris en compte dans ce logiciel sur demande de la CNIL.

### III-2.1) Présentation des patients :

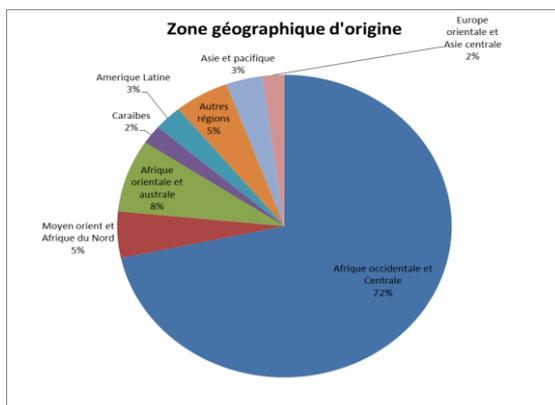
Le COREVIH suit 3755 patients dont 2284 non migrants donc né en France et 849 patients supposés migrants les 622 restants sont non renseignés leur pays de naissance n'a pas été rentré. Les migrants représentent 22,61% de la file active du COREVIH.



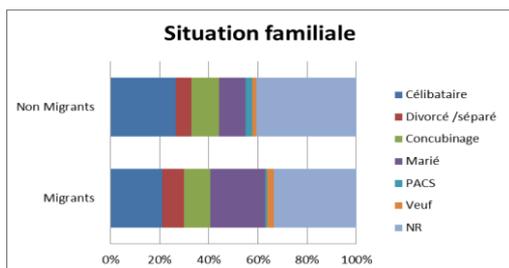
### III-2.1) Situation sociale :



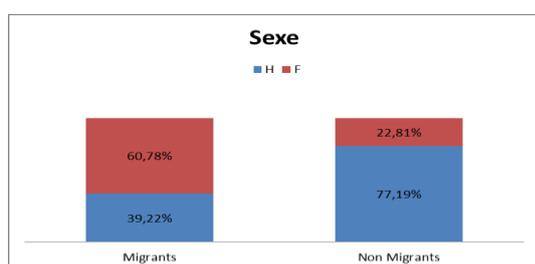
Nous pouvons remarquer que les migrants suivis au COREVIH sont plus jeunes que les non migrants. La part des 80 et plus est moindre concernant les non migrants.



Ce graphique montre que les patients viennent principalement du continent africain (85% pourcentages cumulés). En effet 22,5 millions de personnes sont touchées par la pathologie en Afrique. La zone géographique la plus représentée comprend l'Afrique Subsaharienne où la prévalence au VIH/Sida est la plus élevée.



Les non-migrants sont plus célibataire que les migrants, il y'a une plus grand part des personnes mariés chez les migrants (environ 23%), cela peut-être mis en lien avec les traditions religieuses et des traditions du pays d'origine.



Nous pouvons constater une plus forte présence de femmes atteintes de la pathologie que d'hommes au sein de la population migrante (60,78% de femmes contre 39,22% d'hommes). Cela peut s'expliquer par la présence plus forte de femmes contaminées par le VIH sur une échelle internationale et notamment en Afrique subsaharienne. En effet, plus de la moitié des contaminations concerne des femmes et des jeunes filles.

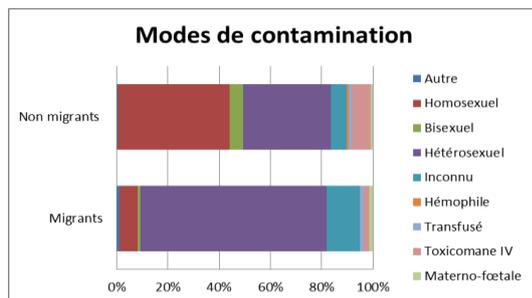
Le rapport de l'ONUSIDA 2013 présente l'importance de l'inégalité des sexes dans cette infection au VIH. Les femmes sont les plus touchées particulièrement dans les pays qui ont des revenus faibles et intermédiaires avec 52% de contaminations féminines par rapport à 48% des hommes. En Afrique subsaharienne où se concentre le plus grand nombre de contaminations, ce pourcentage avoisine les 57 %. Les femmes sont plus vulnérables à cette maladie pour plusieurs raisons, outre leur vulnérabilité physiologique particulière, elles sont plus exposées aux viols et aux rapports sexuels avec des hommes plus âgés. Elles sont également victimes d'un accès inégal à l'éducation et à l'emploi et sont plus susceptibles que les hommes de contracter le VIH à un âge précoce. La prévalence mondiale de l'infection parmi les filles et les jeunes femmes est au moins deux fois plus importante que chez leurs compagnons du même âge. En Afrique subsaharienne, des études nationales révèlent que les connaissances des jeunes femmes (15 à 24 ans) sur le VIH sont moins complètes et précises que celles des hommes du même âge. Elles sont également moins susceptibles de déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Par rapport à cette question du préservatif, un contrôle du préservatif par les hommes est présent en Afrique subsaharienne. L'autonomie sexuelle est donc limitée pour ces femmes car les hommes dominant la prise de décision sur les questions relatives au sexe. Il existe également une faible

acceptation de l'utilisation du préservatif dans certains endroits du pays, ainsi qu'une indisponibilité de préservatifs féminins et une répugnance des hommes à se servir de préservatifs dans le cadre du mariage ou d'autres relations à long terme.

Un tabou existe autour de la sexualité pour la plupart de ces femmes, ce qui fait qu'elles rencontrent des difficultés à aborder cette question de la sexualité. Plusieurs reconnaissent qu'elles ne se sentent pas en mesure de remettre en question " l'autorité" de leur mari ou partenaire par peur d'un divorce. De plus, au Cameroun, la polygamie est acceptée, ce qui augmente les risques de transmissions.<sup>7</sup>

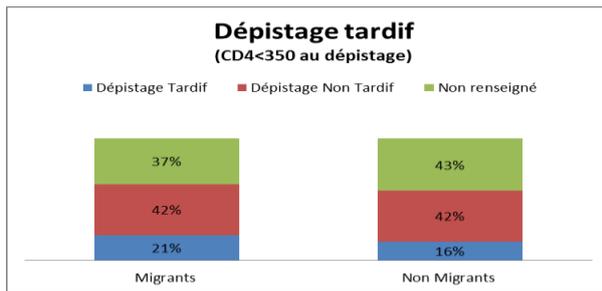
### III-2.2) Situation médicale :



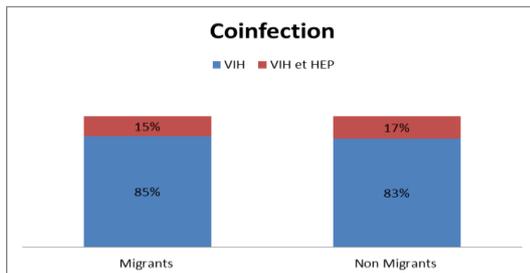
Il y'a plus de contamination par voie hétérosexuelle (environ 70%) chez les migrants. Cela peut s'expliquer par le rapport à l'homosexualité au sein de différentes cultures. En effet, après une rencontre avec le centre LGBT de Nantes et l'association LGBT Quazar (centre LGBT de Angers), il a été expliqué que dans certains pays l'homosexualité peut-être puni de peines de mort et de lois répressives. Les personnes homosexuelles ne se déclarent pas forcément homosexuelles et ont peur d'aller faire un test de dépistage de peur qu'on les sache homosexuels. Notamment au sein des populations africaines, les personnes homosexuelles afin de se cacher et répondre aux traditions se marient mais continu d'avoir des rapports homosexuels en parallèles. L'homosexualité est susceptible de persécution et est considérée comme une anormalité. Les personnes homosexuelles ne se déclarent donc pas en tant que telles et se cachent. Dans chaque pays c'est différent, par exemple dans les Pays de l'est, l'homosexualité est peu acceptée mais il existe des associations militantes qui font des manifestations. Au sein de certains pays d'Afrique, il existe des lois répressives punies de la peine de mort<sup>8</sup> et le peu d'associations sont clandestines. La Jamaïque est le pays où il existe le plus d'homicide à caractère homophobe.

<sup>7</sup> "Travail social et SIDA en Afrique : au cœur des souffrances, Ymele Nouazi Berthe Florence, édition l'Harmattan

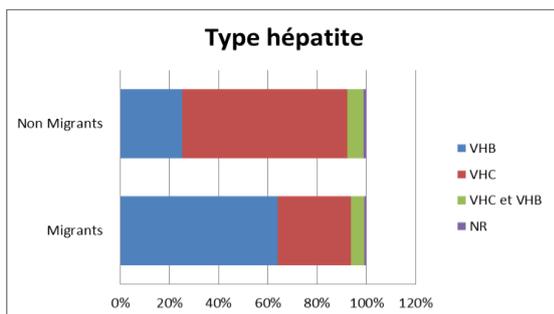
<sup>8</sup> Cf annexe n° 1



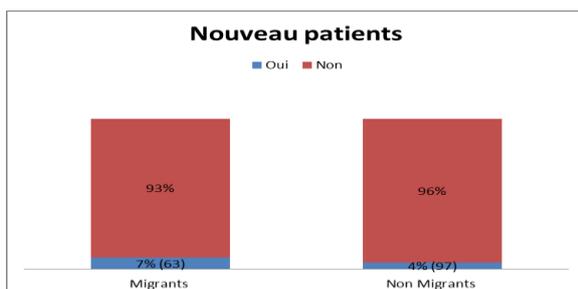
Il ne semble pas y avoir de différences notables entre les migrants et les non migrants concernant le dépistage tardif.



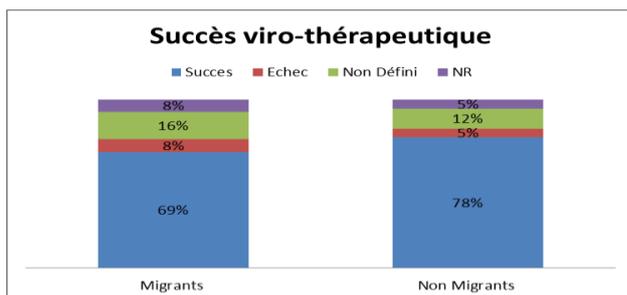
Le pourcentage de patients co-infecté par une hépatite et de patients seulement infecté par le virus sont à peu près équivalents. C'est au niveau de la forme d'hépatite qu'il existe des différences notables :



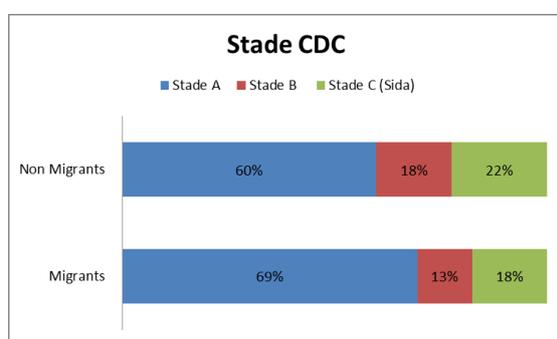
Nous pouvons constater une prévalence plus importante de l'hépatite B chez les populations migrantes (63%). Cela peut s'expliquer par la forte présence de ce virus en Afrique. L'hépatite C plus présente chez les non-migrants (+ de 60%) peut correspondre au nombre plus important de personnes homosexuelles et toxicomanes présent dans les modes de contamination non-migrants.



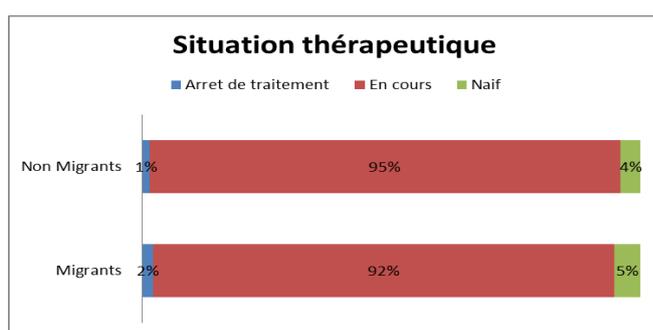
Les nouveaux patients proviennent des deux catégories à un nombre pratiquement équivalent.



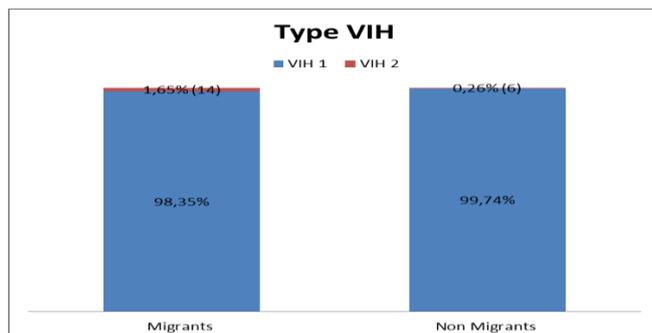
Il y'a globalement un fort succès de la prise en charge médicale du virus (70% en moyenne). Le meilleur pourcentage sur le succès thérapeutique chez les non-migrants peut s'expliquer par la plus forte représentation des populations non migrantes au sein de la file active générale du COREVIH. Les patients prennent leur traitement et très peu l'ont arrêté.



Les non-migrants sont plus nombreux à développer le stade sida (22% contre 18% pour les migrants). Le stade CDC le plus développé étant le stade asymptomatique nous pouvons confirmer le bon fonctionnement des traitements pour les deux catégories de populations étudiées. Cela peut-être mis en lien avec le fort pourcentage de patients en succès virologique au sein de ces deux files actives.



Il ne semble pas y avoir de différences notables au niveau de la situation thérapeutique des patients entre les migrants et les non migrants. Très peu de patients sont en arrêt de traitement ou naïf c'est-à-dire qu'ils n'ont jamais pris de traitements. Ce graphique montre que les patients, toutes nationalités confondues, prennent leurs traitements, cela peut de manière hypothétique contredire les représentations sociales selon lesquelles un facteur religieux peut jouer sur la prise de traitement.



Il est à noter que le VIH 2 est plus développé au sein des populations dites migrantes (1,65%) car la forme de VIH 2 est plus répandue au sein des zones géographiques de l’Afrique de l’Ouest (Mali, Côte-D’Ivoire, Guinée Bissau, Burkina Faso, Angola, Mozambique...). « En Europe, le Portugal et la France comptent le plus grand nombre de cas en raison des liens historiques avec les pays à forte prévalence. »<sup>9</sup>

#### L’essentiel :

- ❖ Les migrants représentent 22,61% des patients du COREVIH PDL
- ❖ Les femmes sont plus contaminées que les hommes au sein de la population migrante
- ❖ Le mode de contamination le plus développé est le rapport sexuel hétérosexuel au sein de la population migrante
- ❖ Les populations africaines sont les plus touchées par le virus
- ❖ Plus grande prévalence de l’hépatite B au sein des populations migrantes
- ❖ Population migrante suivie sont généralement plus jeunes et mariés
- ❖ Les populations migrantes ne sont pas dépistées plus tardivement que les non migrants et ne rencontrent pas plus de difficultés d’observance du traitement.

<sup>9</sup> Sous la direction du Pr P.MORLAT et sous l’égide du CNS et de l’ANRS, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH*, Rapport 2013 Ministère des affaires sociales et de la Santé, la documentation française. P. 379-380.

**GUIDE DES STRUCTURES ACCUEILLANT LE PUBLIC MIGRANT  
SUR LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE**

## CALENDRIER DES RENCONTRES ET ECHANGES TELEPHONIQUE

### ✚ Association AMI (Accompagnement Migrants Intégration) :

Rendez-vous le 11 février 2014 avec Marie-Thérèse, bénévole et ancienne infirmière.

**L'essentiel** : L'association accueille les migrants de toutes les origines et des interventions autour du Sida sont mises en place avec le concours de sida info service. Une intervention a été mal perçue par le public principalement africain car pour eux, le sida était présenté comme lié au continent africain.

### ✚ Association AIDES (Loire-Atlantique, Sarthe, Maine-et-Loire) :

Respectivement les 11 mars, 21 mars et le 20 février avec Mr MALO Pascal, Mme ISOARDO Karelle et Mme BAISSIN Christine

**L'essentiel** : L'association touche le public migrant en intervenant dans les commerces et propose des TROD. La difficulté rencontrée est la barrière de la langue.

### ✚ Association Afrika plus et Amicale Alternative Espérance :

Interlocuteur Monsieur BANOUKEPA le 28 février 2014

**L'essentiel** : L'association accueille les migrants africains et des actions de prévention sont mises en place dans des fêtes par une distribution de préservatifs. Si les personnes le souhaitent, un accompagnement individuel peut-être proposé pour les personnes qui souhaitent parler de la maladie.

### ✚ Association AIFA (association pour l'intégration des femmes africaines) :

Interlocuteur Madame CHLASTA Christine, bénévole à l'association, le 3 avril 2014

**L'essentiel** : L'association accueille principalement des femmes d'origine étrangère. L'association envisage de mettre en place des interventions autour de la sexualité et notamment du sida mais les dirigeants ne savent pas comment aborder le public. Elles aimeraient avoir des exemples d'associations qui ont pu mettre en place cela.  
Les femmes se traduisent entre elles.

### ✚ Centre LGBT Nantes :

Interlocuteur Monsieur BOUYER Raphaël le 28 mars 2014

**L'essentiel** : L'association accueille les migrants qui se sont enfouis de leur pays pour cause de persécutions du à leur orientation sexuelle. L'association établit le récit de vie afin d'appuyer la demande d'asile et effectue un accompagnement afin de rompre l'isolement de ces personnes et les aider à accepter leur orientation sexuelle.

Une information autour du sida est effectuée de manière individuelle et systématique.

### ✚ Association Quazar Angers :

Interlocuteur Bernard MOREAU, le 18 février 2014

**L'essentiel** : L'association a créé une permanence d'accueil pour les migrants demandeurs d'asile pour cause de persécutions à caractère homophobe. L'association est en pleine réflexion sur comment abordé la prévention au VIH auprès de ce public.

✚ **Réseau santé sexuelle :**

Interlocuteur Madame CAMUT Sophie, rendez-vous le 13 mars 2014

**L'essentiel :** Madame CAMUT a fait parti du REVIH 49 et dans ce cadre a mener des réflexions autour des migrants et du VIH.

Une commission migrant a été créée mais difficulté à impliquer les acteurs qui traite des problématiques plus générales rencontrées par les migrants (administratif, financier, locatif...). Des formations autour de la connaissance du public et plus particulièrement des différences culturelles ont été mises en place. Des médiateurs de santé ont été recrutés en lien avec l'association APTIRA afin d'assurer l'interprétariat médical. Cependant, Madame CAMUT soulève que le sida n'intéresse plus dans son individualité et qu'il est important de l'intégrer dans une problématique plus large celle de la santé sexuelle.

✚ **Planning familial :**

Rencontre informelle avec la coordinatrice le 14 mars 2014

**L'essentiel :** Le public migrant est accueilli principalement dans le cadre des problématiques de l'excision. Il est difficile d'aborder la sexualité avec les femmes africaines et pour y arriver une relation de confiance doit s'établir.

✚ **Le PASS (Point accueil santé et soins) :**

Interlocutrice Madame Sophie ... le 16 avril 2014

**L'essentiel :** Le PASS accueille 80 % des migrants toutes origines confondues. Des interventions autour du sida ont été mises en place et ont reçu un bon accueil.

✚ **ACT (Appartement de coordination thérapeutique) Logis-Montjoie :**

Rendez-vous avec Mr DOUILLARD Stéphane, infirmier et coordinateur rendez-vous le 7 mars 2014

**L'essentiel :** L'association accueille 90% de personnes d'origine étrangère qui rencontrent des problématiques de santé type maladie chronique. L'accompagnement est médical, social et psychologique. L'accueil est collectif et l'accompagnement à la vie quotidienne se fait en fonction de l'autonomie de la personne. Il n'y a pas de traducteurs, les salariés se débrouillent avec le dessin, les mimes et les autres bénéficiaires.

✚ **Secours catholique de Nantes**

Rendez-vous le 24 avril 2014 avec Frédérique, bénévole autour du public migrants.

**L'essentiel :** Le sida n'est abordé seulement si la personne en parle d'elle-même. Les bénévoles font seulement de l'information. L'accompagnement porte plus sur la vie quotidienne et sur l'intégration avec notamment des cours de français.

✚ **Médecins du monde :**

Rendez-vous le 3 mars 2014 avec Mme FIHEY Françoise, responsable du CASO (Centre d'accueil de soins et d'orientation) de Médecins du monde.

**L'essentiel :** L'association propose un accompagnement sanitaire pour les demandeurs d'asile qui font des demandes de titre de séjour pour soins mais propose également les premiers soins. Il est systématiquement demandé aux personnes accueillies leur statut sérologique. Les personnes connaissent généralement leur statut et n'ont pas de réactions de rejet face à l'évocation de cette maladie.

## **L'APTIRA :**

Rendez-vous le 15 mai 2014 avec Kristina LENFANT, coordinatrice

**L'essentiel :** L'association accueille toutes les personnes d'origine étrangère au sein de deux pôles : un pôle social et un pôle emploi, formation.

En 2009, face à un constat d'une insuffisance de moyen pour aborder le public étranger, les médiateurs de santé ont été créés. Ils ont pour rôle de traduire mais également faire de la médiation culturelle au sein de lieux de santé mais également dans les écoles. 12 médiateurs sont donc sollicités pour une présence physique contrairement à l'ASAMLA qui propose aussi une intervention par téléphone.

Ces deux associations ont créé un groupe régional auquel participe les structures qui ont le plus de besoin en interprétariat telles que les CADA pour augmenter les moyens à l'échelle régionale.

### **L'essentiel des entretiens téléphoniques :**

- Espace accueil et Aida sont les principales plateformes d'accueil des départements du Maine et Loire et de la Loire-Atlantique
- L'information sur les lieux de dépistage et de soins est donnée systématiquement aux migrants accueillis
- La problématique de santé n'est pas une priorité donc c'est abordé que si la personne en parle
- Les structures mettent en place des interventions autour du sida en fonction des valeurs de l'institution, de son objet et de la volonté des professionnels
- Les structures interrogées ne sont pas contre le fait de mettre des affiches
- Manque de temps, de moyens humains et financiers pour aborder la problématique de la santé. et plus particulièrement dans les CADA.
- Principales problématiques du public migrant : locatifs, administratifs et financiers
- L'association Matan Gobe qui lutte contre le sida au Niger a créé un jeu de l'oie pour les jeunes filles nigérienne et aimerait éventuellement proposer cette idée au COREVIH
- L'APTIRA et l'ASAMLA sont les associations de références en terme de traduction
- Les structures qui n'ont pas les moyens d'avoir un traducteur font appel à d'autres bénéficiaires ou à des bénévoles qui parlent d'autres langues.

## CONSTATS ET PISTES D'ACTION

Des rencontres que j'ai pu avoir avec les associations, j'ai pu remarquer que certains constats communs concernant le public migrant pouvaient être établis mais que sur certains points cela différait. En effet, selon l'angle abordé, les valeurs institutionnelles et les professionnels présents le public migrant ne sera pas abordé de la même manière. Cependant, des axes de convergences sur la question des migrants ont pu être mis en commun en fonction des différentes thématiques soulevées:

### Typologie population migrante :

- ✚ Les populations africaines sont les plus représentées au sein des populations migrantes
- ✚ Augmentation des populations venant des pays de l'est ces dernières années

### Interprétariat médical :

- ✚ Les associations rencontrent globalement un manque de moyens en traductions car elles n'ont pas de budget dédié pour cela. Les structures se débrouillent par le dessin et l'aide de bénéficiaires ou de bénévoles bilingue.
- ✚ Seules deux associations dans la région proposent de l'interprétariat médical : L'ASAMLA pour la Loire-Atlantique et l'APTIRA pour le Maine-et-Loire. L'ASAMLA propose de l'interprétariat par voie physique et par voie téléphonique. L'APTIRA ne propose qu'une intervention physique des médiateurs de santé. Les deux associations organisent des réunions avec les structures qui ont le plus de besoin en interprétariat médical (ex : CADA) pour régionaliser leurs compétences.

### Les Migrants accueillis :

- ✚ Concernant le public migrant, le sida et l'axe de la santé n'est pas une priorité. Les associations accueillant les migrants travaillent principalement autour des problèmes administratifs, locatifs, financiers et la barrière de la langue.
- ✚ L'association Soleil 49 a soulevé le manque de moyen et de temps pour aborder la thématique de la santé et pense que de la prévention en santé sexuelle pourrait être intéressante auprès du public accueilli. Les jeunes hommes semblent plus informés sur la sexualité que les femmes et particulièrement les femmes issues des pays de l'est qui ne parle pas facilement de ce sujet.

### Migrants et VIH :

- ✚ Lorsque les structures d'accueil des migrants font des interventions (ex : CADA, Le PASS...) sur la thématique de la santé, le VIH est constamment abordé. Les migrants

n'ont pas de réticence à assister à ces interventions sur la maladie et pose des questions.

- ✚ Les interventions sont choisies par les professionnels et non pas par le public
- ✚ Les interventions ne sont pas obligatoires donc elles n'attirent pas tous le monde.
- ✚ Le sida est rarement abordé dans son individualité mais plus sous l'angle de la santé sexuelle. Sur la région peu d'associations abordent spécifiquement cette thématique, en dehors d'AIDES. Il n'existe pratiquement pas d'associations dites communautaire et abordant le VIH sur la région. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons ? Est-ce que l'approche est trop difficile ? Le sida n'est-il pas une priorité ? Les représentations sociales sont-elles trop fortes ?
- ✚ Si les personnes viennent dans une association comme Médecins du monde où ils viennent pour parler de santé. Un constat a été établi selon lequel les personnes connaissaient généralement leur statut sérologique, avait déjà au moins fait un test une fois et savait tous ce qu'était le sida.
- ✚ Un sentiment de peur est présent dans les communautés migrantes car la communauté y est extrêmement importante et plus particulièrement au sein des populations africaines.
- ✚ Les populations migrantes sont globalement déjà informées sur la maladie

### **Freins à l'action des associations :**

- ✚ Manque de moyens humains et financiers donc priorité sur l'aspect administratif
- ✚ Concernant les associations dites communautaire qui doivent aborder le VIH auprès de personnes de leur communautés (Afrika plus, Amicale Alternatives Espérance et AIFA) l'approche n'est pas la même. L'objet des deux premières associations est de lutter contre le sida mais les membres sont conscients de l'importance de la communauté alors ils abordent le VIH individuellement lorsque les personnes le souhaitent, font de la prévention dans des soirées communautaires. L'association AIFA quant à elle envisage d'aborder le VIH mais ces membres ne savent pas comment mettre cela en place, ils aimeraient avoir des exemples d'associations qui ont pu aborder cette thématique.
- ✚ L'approche communautaire peut faciliter les choses comme les compliquées. Une personne migrante pourra soit avoir plus de facilité à se confier à quelqu'un qui parle la même langue ou bien cela peut-être difficile par peur que la personne aille en parler à la communauté.
- ✚ Les interventions intéressent mais ne réunissent pas forcément tout le monde car elles ne sont pas obligatoires

## Pistes d'actions tirées de cette pré-étude :

Afin d'établir les pistes d'actions, je vais repartir des objectifs de départ du COREVIH et des constats tirés des différents entretiens :

### I- Améliorer le dépistage chez les populations migrantes :

- ✚ Augmenter l'information et la prévention autour du sida :
  - Création de nouveaux outils de communication :
    - Par exemple créer un partenariat avec l'association Matan Gobe qui propose un jeu de l'oie préventif adapté aux populations jeunes du Niger
    - Faire le lien avec la campagne de communication de la commission dépistage
    - Faire le lien avec les associations qui arrivent à mobiliser et sensibiliser les populations migrantes ( Afrika plus, Russiettonantes...)
  - Améliorer la connaissance du COREVIH par les acteurs en lien avec le public migrants
  - Augmenter l'information auprès du public
  - Sensibiliser les différents acteurs qui travaillent en lien avec le public sur l'importance de la santé dans les problématiques liées à ce public
  - Réflexion autour de l'inscription du COREVIH au sein de l'accompagnement mis en place auprès des migrants : **Comment chaque acteur peut-il trouver sa place afin d'améliorer les conditions de vie du public migrant**
- ✚ Augmenter la connaissance des lieux de dépistage
  - Continuer le travail effectué par la coordination des PASS régionales (création d'une cartographie numérique localisant les lieux de dépistage du VIH sur la région, en ligne sur l'intranet des professionnels des PASS).
- ✚ Mise en place d'une réflexion sur comment toucher ce public :
  - Organiser une journée où seront réunis les différents acteurs recensés dans le guide régional
  - Création d'une commission migrant
- ✚ Travailler sur les représentations sociales autour de l'homosexualité qui peuvent-être un frein au dépistage
  - Améliorer le partenariat avec les centres LGBT qui accueille des migrants homosexuels
  - Accentuer l'information autour du sida et de l'importance du dépistage auprès de ces publics

## **II- Améliorer la qualité de prise en charge médicale pour le public migrant**

- ✚ Travailler autour des différences culturelles :
  - Effectuer des journées de formation et d'information sur les différences culturelles
  
- ✚ Evaluer la satisfaction du public accueilli concernant les services
  
- ✚ Améliorer l'offre en interprétariat médical en :
  - Inscrivant le COREVIH dans la démarche partenariale de l'ASAMLA et de l'APTIRA
  - Utilisant les ressources humaines et matérielles des associations
  - Créant de nouveaux médiateurs de santé ?

## **III- Quelles poursuites à ce travail ?**

- ✚ Compléter les répertoires régionaux et plus particulièrement ceux de Vendée et de la Sarthe
- ✚ Améliorer la connaissance du public
- ✚ Mise en relation des différents partenaires entre eux pour mutualiser les compétences sur la région
- ✚ Etablir un plan d'action à partir des constats et pistes d'actions établis

## CONCLUSION

Cette étude a donc pu donner des premières pistes d'action au COREVIH afin de travailler auprès du public migrant et de la problématique du VIH/SIDA.

Afin de mener à bien les objectifs fixés, l'élaboration d'un plan d'action annuel pourrait être intéressante. Ce travail n'étant qu'une ébauche, sa poursuite et le fait de le rendre plus complet seront des étapes importantes.