Accès aux soins des migrants/immigrés en France et VIH.

Nicolas VIGNIER, MD, PhD

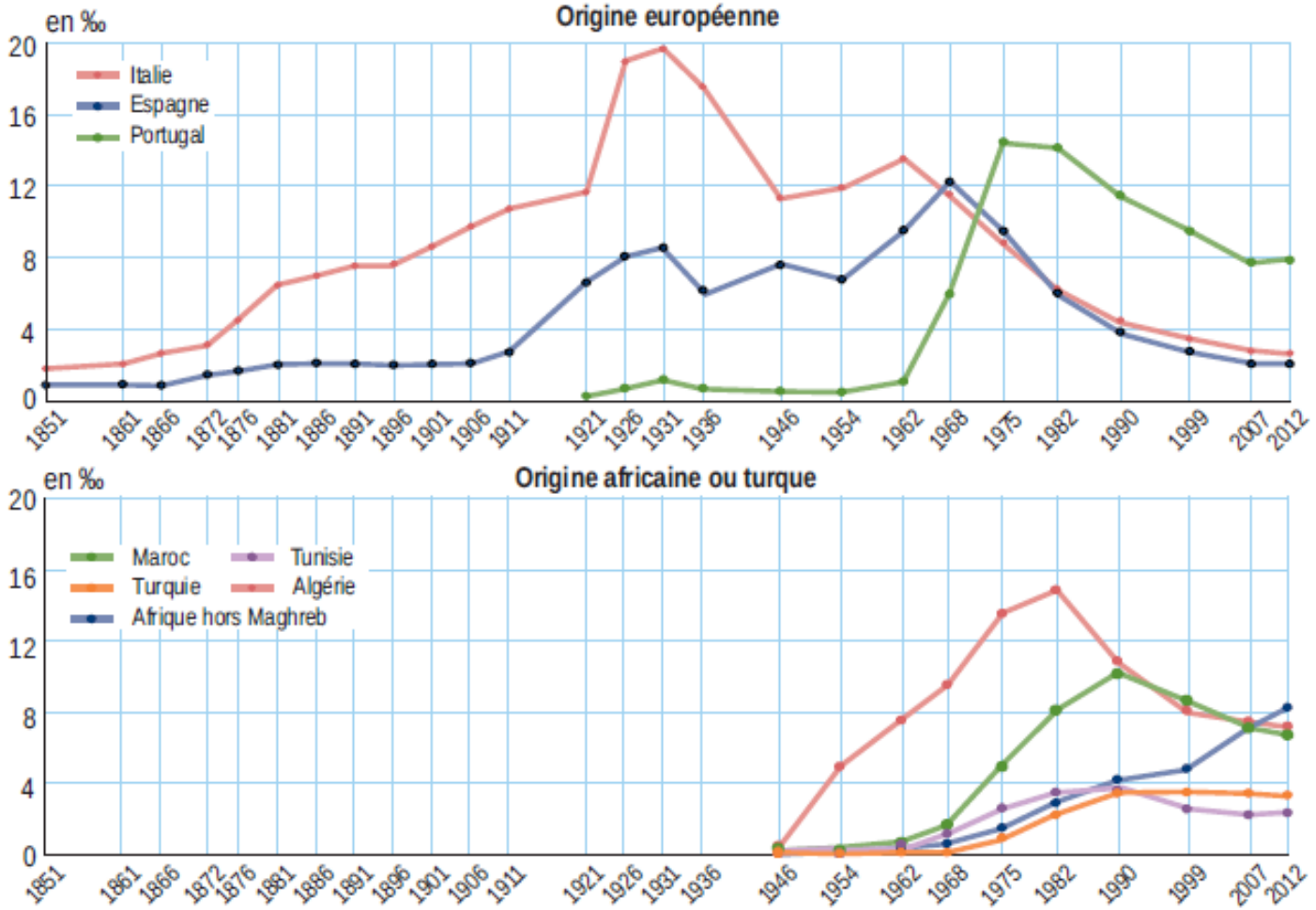
Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, RVH77Sud, ERES, IPLESP Inserm Sorbonne Université, Groupe de travail Migration et prévention SPILF, Commission migrant SFLS

Quelques données de cadrage essentielles pour comprendre

« Migrant/immigrés »: définitions?

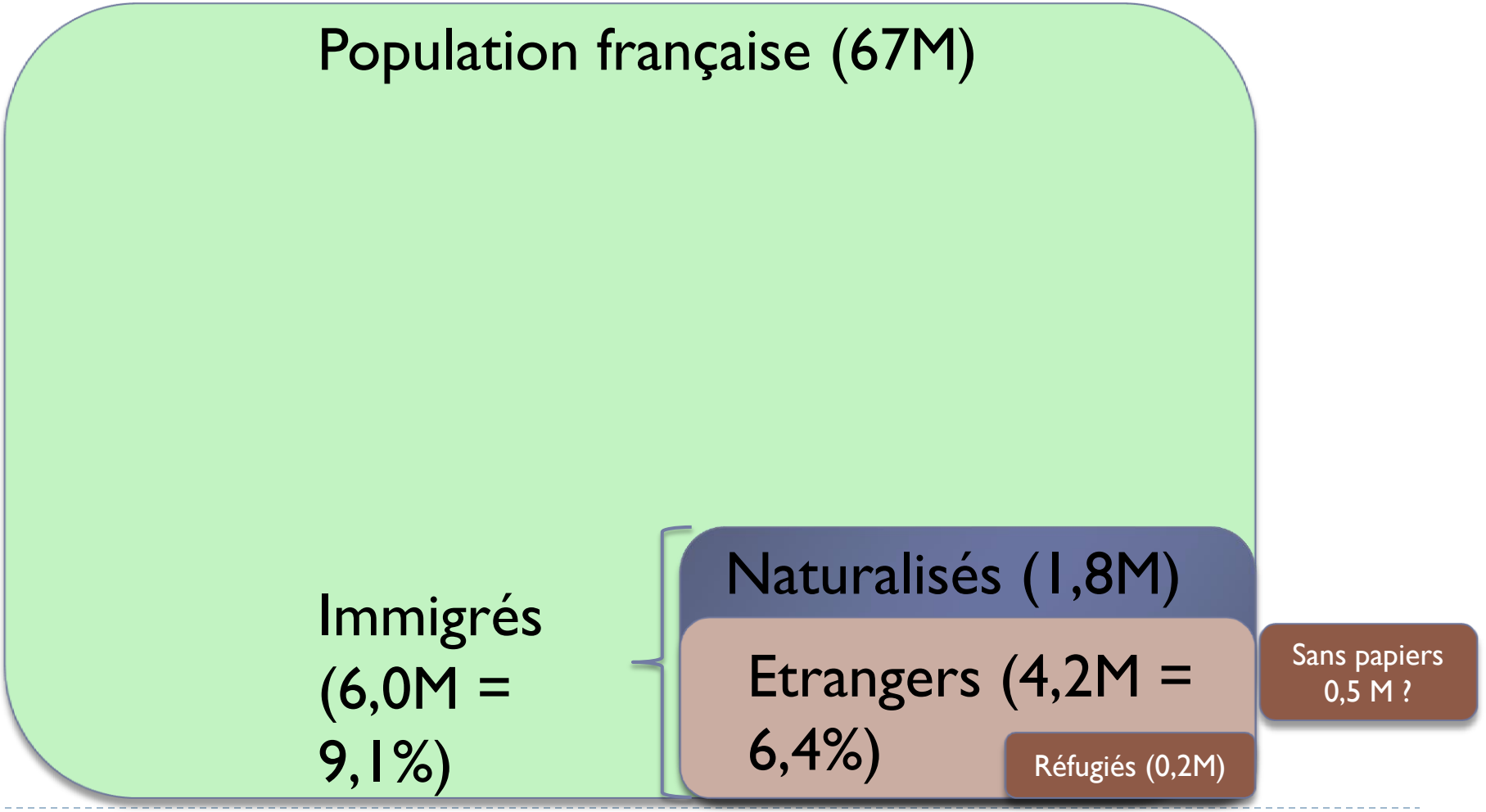
- Migrants:
  - pas de définition officielle/consensuelle
  - personnes nées à l'étranger et vivant sur le sol français
  - Pour certains chercheurs: arrivés récemment
- Immigrés: nés étrangers à l'étrangers et résidant en Fr.
  - Indépendamment de l'ancienneté et de la nationalité actuelle
- Etrangers: immigrés non nationaux
- Français naturalisés: immigrés ayant acquis la nationalité française
- Autres groupes d'intérêt
  - 2ème génération: nés français de parent(s) immigré(s)
  - Personnes originaires des DOM/TOM

1 Vagues migratoires historiques pour les origines les plus représentées depuis 1851



Lecture : au recensement de population de 1931, les personnes de nationalité italienne représentent 20 millièmes (2 %) de la population résidant en France.
Champ : France métropolitaine.
Source : Insee, recensements de la population.

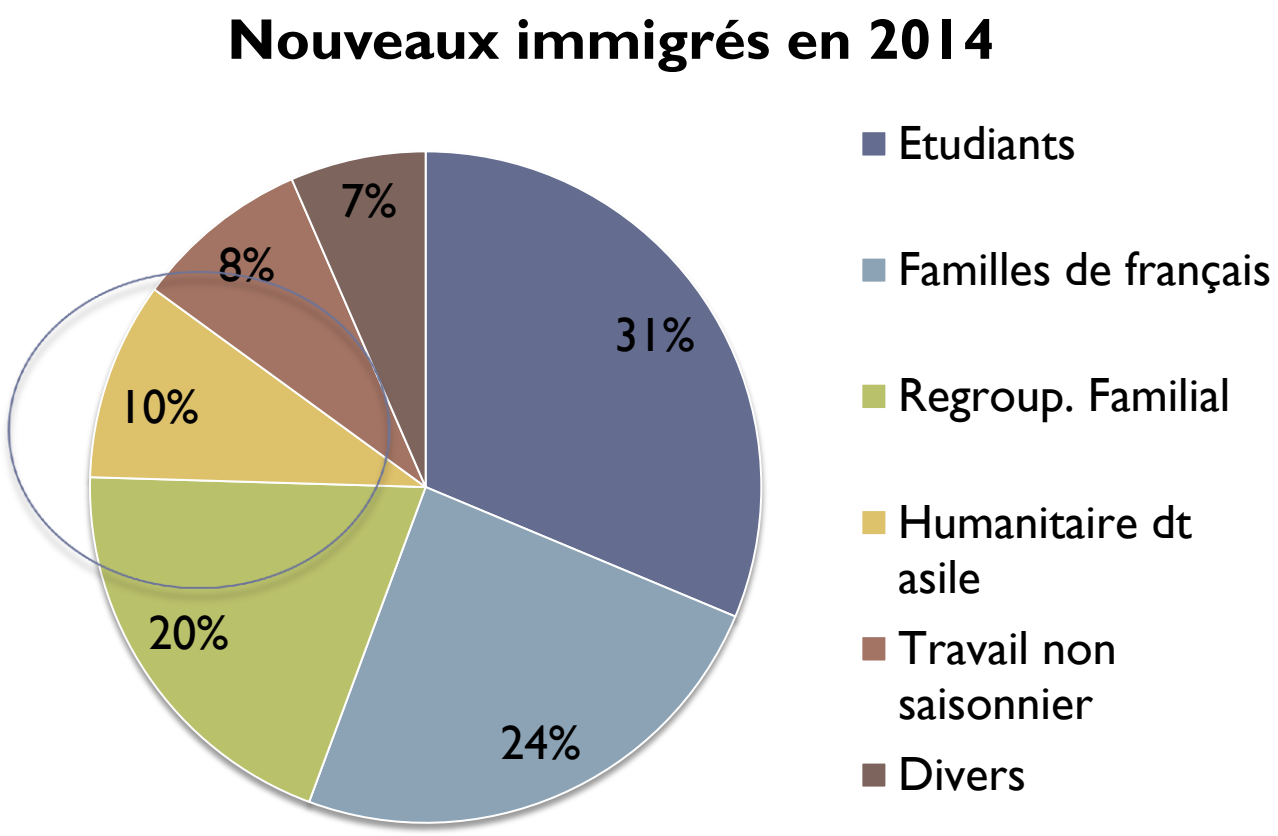
Qui sont les immigrés en France? (stock)



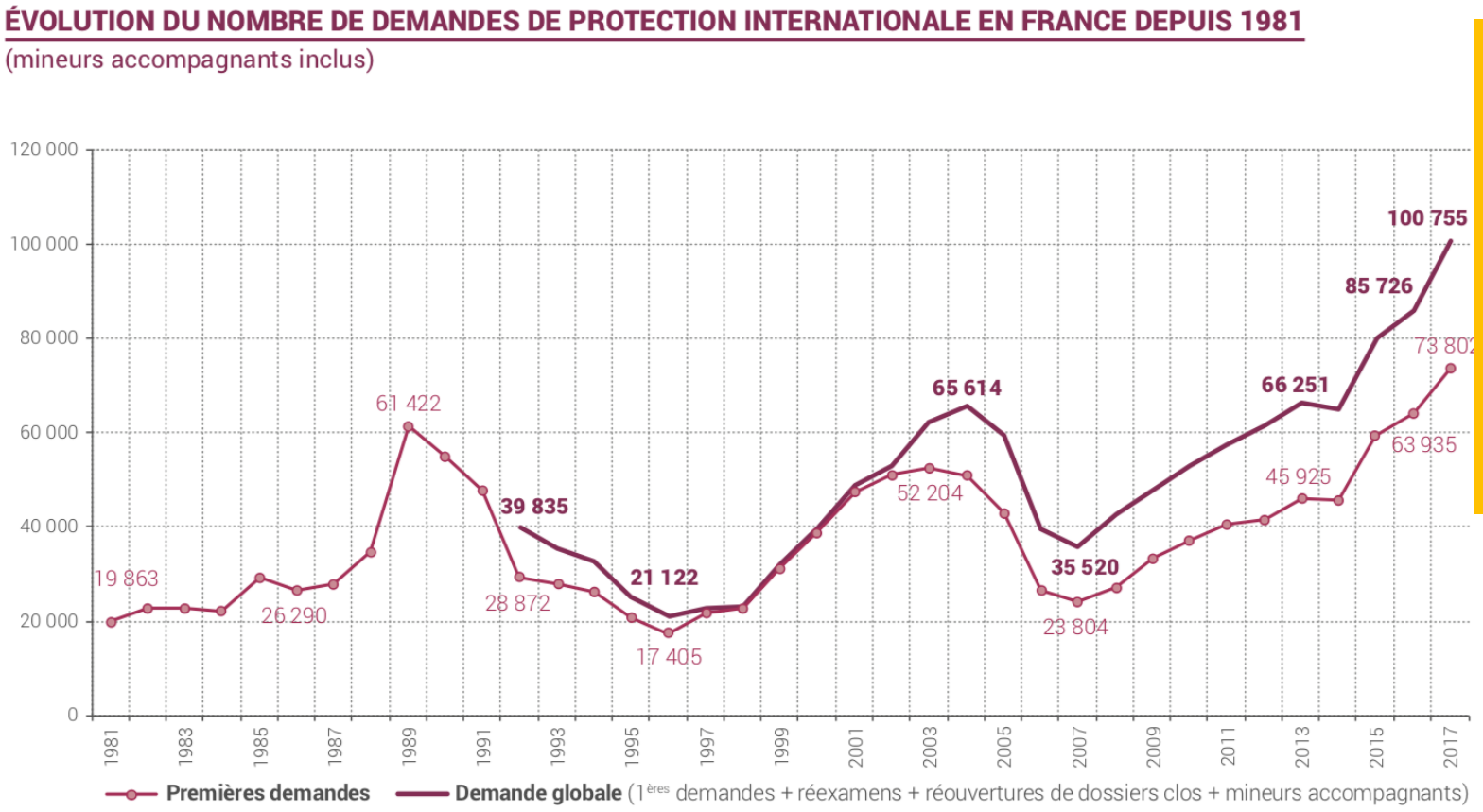
Insee, 2014

Qui sont les nouveaux « migrants »/immigrés en France?

≈ 200 000 / an



Demandeurs d'asile



2018:

122 743 demandes (+22%
Pays:

- Afghanistan 10221
- Albanie 8261
- Géorgie 6717
- Guinée 6621
- Côte d'ivoire 5256

46700 réfugiés/PS (+9%)
Soit 26% des DA
36% avec CNDA

Nombre de réfugiés en France: 180 000 en 2015

Rapport de l'OFPRA 2017

Vulnérabilités?

- Il faut éviter l'amalgame migrants et précarité
  - Mais il faut reconnaître que c'est le cas pour une partie, en particulier les primo-arrivants isolés
- Administrative
  - Droit au séjour ++
  - Droit au travail
  - Droit à une couverture maladie
- Logement (rue, hébergement communautaire++)
- Ressources
- Affective et psychologique
- Isolement social (connaissances, femme et enfants au pays)
- Barrière de la langue
- -> mise en état d'infériorité et donc de soumission sociale
- -> quid de la santé comme priorité dans ce contexte?

Guide Comede 2015
Annequin M, Plos One 2016

Barrière de la langue

- Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : «Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne».
- Enquête en 2012 sur le recours à l'interprétariat en consultation hospitalière
  - 3 cas sur 154 (2 %)
  - consultations le + svt en français, médecin seul
  - parfois recours à un proche pour la traduction (non respect secret médical)
  - pourtant 48% des consultants auraient préféré recourir à l'interprétariat si il avait été proposé
    - Y compris ceux accompagnés d'un proche
- Reconnaissance de la place de l'interprétariat en santé et de la médiation en santé dans la loi n°2016-41 portant sur la modernisation de notre système de santé
  - Mais professionnels peu enclin à l'utiliser
  - Et ressources mises à disposition insuffisantes
- Chartre de l'interprétariat en santé
- Référentiel de compétence élaboré par la HAS

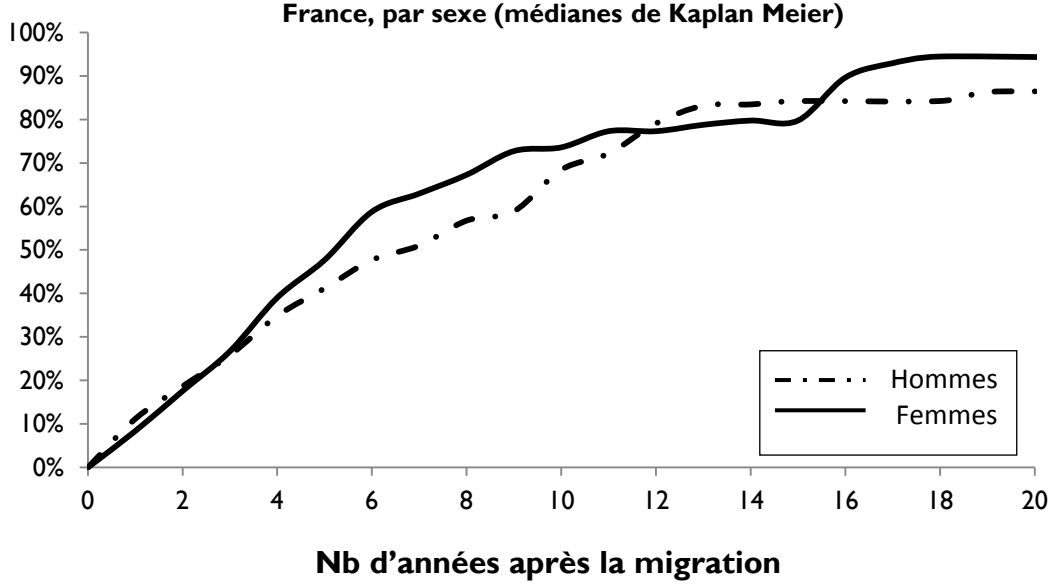
HAS 2017

Secret, culture

- Représentations individuelles et collectives des maladies (VIH, psychiatrie notamment)
  - Discriminations et exclusion
- Secret, stigmatisation
- Poids de la culture (représentations traditionnelles de la maladie, etc.)
  - a un poids limité à côté des facteurs de vulnérabilités sociales
    - place disproportionné donné historiquement en France
  - mais peut jouer un rôle dans certains cas

Une longue période de précarité…

Accès à l'installation (au titre de séjour d'au moins un an, au logement personnel et à une activité génératrice de revenus propres) selon le nombre d'années passées en France, par sexe (médianes de Kaplan Meier)



Nb d'années nécessaire pour avoir accès aux éléments d'installation (médianes)

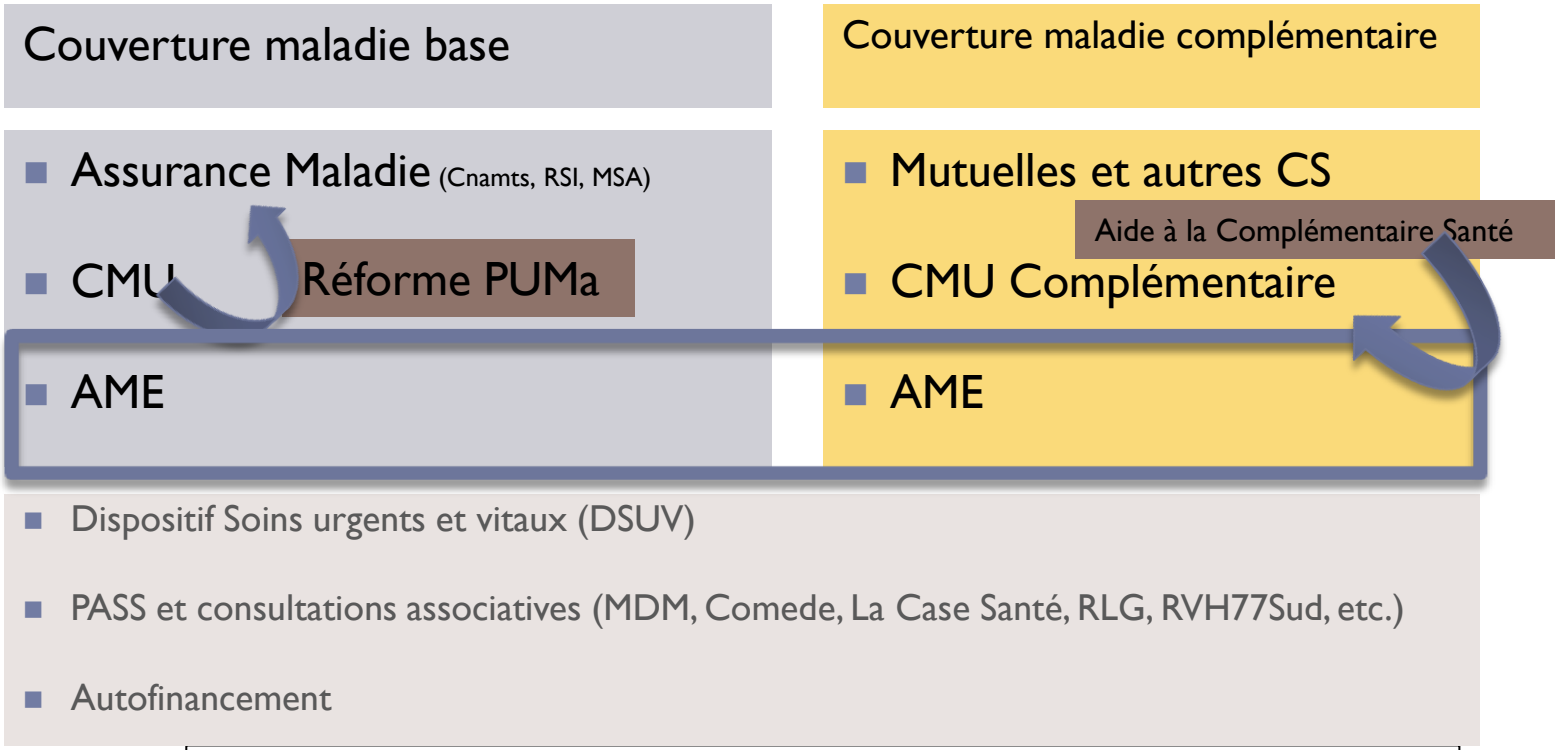
	Hommes	Femmes
Installation (3 éléments)	7	6
Premier logement personnel	3	2
Premier titre de séjour >=1an	4	3
Première activité/indepce financière	2	4

- Les personnes connaissent une longue période d'insécurité
- La séquence d'installation est différente pour les hommes et les femmes: elle commence par l'activité pour les hommes, par le logement pour les femmes

Gosselin A, Populations et Sociétés 2016

Accès aux soins des migrants en France et en Europe

Le système de protection social français



- Situations délicates ou impasses administratives
  - Visa touristique et assurances privées
  - Titre de séjour européen, sécurité sociale européenne
  - Situation irrégulière
  - Résidence < 3 mois
  - Dépassement du plafond ressource AME et CMUC

Accès aux soins des migrants

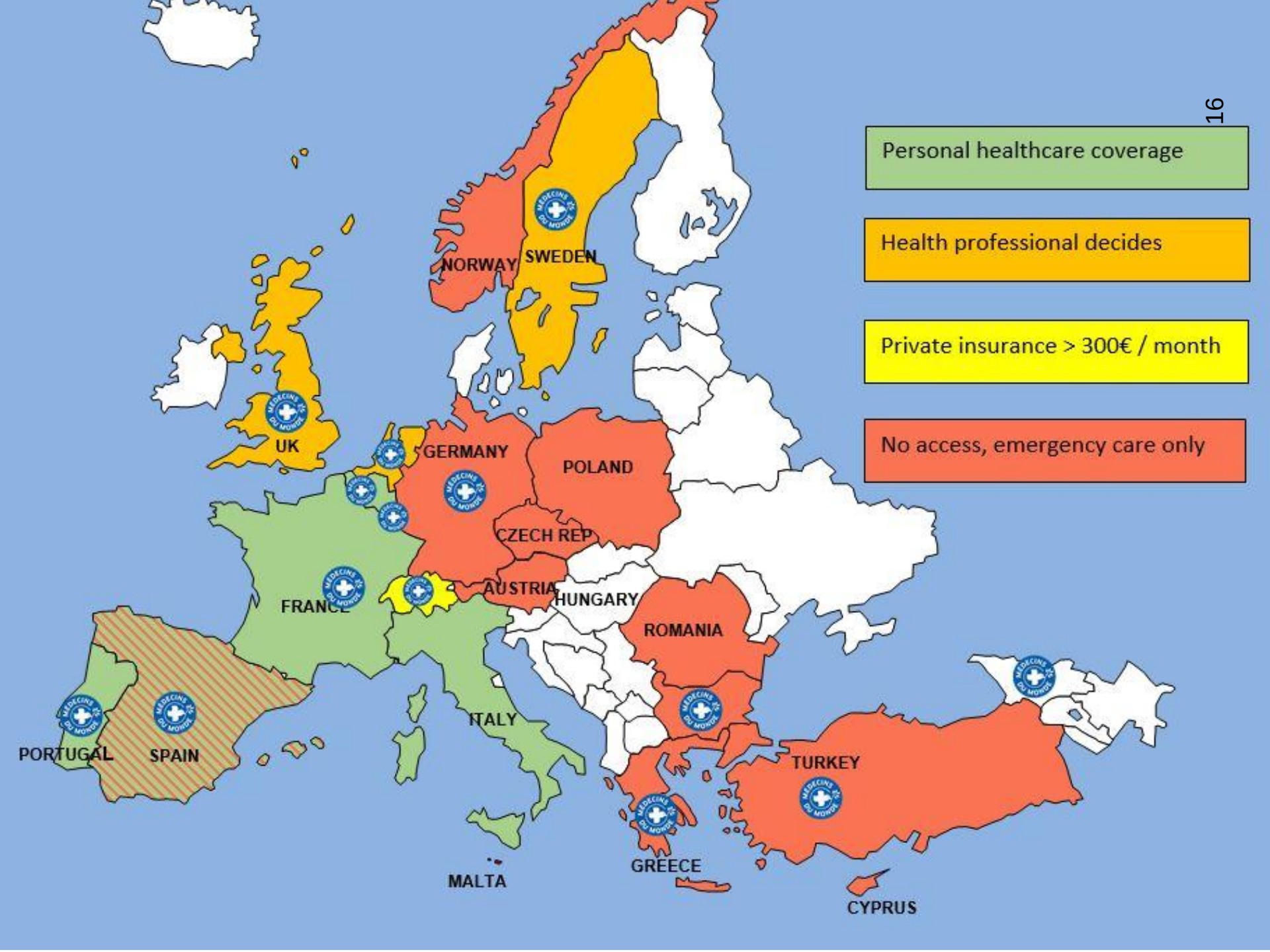
- Couverture maladie
  - Plutôt meilleur en France qu'ailleurs
  - Mais
    - méconnaissance des droits, insuffisance accompagnement
    - restrictions légales, pratiques illégales des caisses
    - refus de soins (AME, CMU)
    - menacé politiquement (AME)
    - Couverture complémentaire plus faible
- Moins bon accès aux soins et à la prévention
  - Diagnostic tardif VIH
  - Absence de dépistage du K du col de l'utérus (OR=5,3 [3,4-8,2])
  - Retard recours aux soins TB
- Plus de renoncement aux soins pour raisons financières
- Droit au séjour pour soins
  - Accès variable
    - Bon pour le VIH
    - Mauvais pour les porteurs chroniques du VHB
    - Réforme pour 2017 (évaluation OFII)

Dourgnon et al. QES 2009
Boisguerin et al. E&R 2008
Berchet C, Beh 2012
Grillo F, Beh 2012
Tattevin P, Int J Tuberc Lung Dis 2012
Vignier N, Plos One 2018

La France meilleure que ces voisins?

- D'après les indicateurs du MIPEX
  - France: droits accordés aux migrants avantageux
- Pourtant
  - Barrières administratives et juridiques = premiers obstacles
    - Complexité du droit en matière d'immigration
    - Succession de réformes et textes de loi
    - Complexité des situations par rapport au droit à l'assurance maladie
  - Difficultés de communication (motifs linguistiques, éducatifs et culturels)
  - Discriminations lié au type de couverture maladie, au genre, à l'origine, au statut administratif, à la couleur de peau, à la langue, à la catégorie sociale

Drouot N, Beh 2017
Berchet, Beh 2017


Personal healthcare coverage
Health professional decides
Private insurance > 300€ / month
No access, emergency care only
NORWAY
SWEDEN
UK
GERMANY
POLAND
CZECH REP
AUSTRIA
HUNGARY
FRANCE
ROMANIA
ITALY
PORTUGAL
SPAIN
TURKEY
GREECE
MALTA
CYPRUS

L’accès aux soins des immigrés vivant avec le VIH

Insuffisance du dépistage et de la prévention du VIH chez les migrants en Europe

Table 3. Countries reporting major gaps in HIV testing services for migrants (n=48), 2016

Migrants from high prevalence countries	**12** (25%)	Croatia, Cyprus, Finland, Georgia, Ireland, Italy, Kazakhstan, Latvia, Netherlands, Sweden, Switzerland, Ukraine
Undocumented migrants	**17** (35%)	Austria, Azerbaijan, Belgium, Croatia, Finland, Georgia, Germany, Ireland, Italy, Kazakhstan, Latvia, Netherlands, Norway, Portugal, Sweden, Switzerland, Ukraine

Table 1. Countries reporting major gaps in HIV prevention services for migrants (n=48), 2016

Migrants from high prevalence countries	**16** (33%)	Austria, Czech Republic, Cyprus, Finland, France, Georgia, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Kazakhstan, Kosovo[6], Kyrgyzstan, Malta, Norway, Sweden
Undocumented migrants	**20** (42%)	Austria, Azerbaijan, Czech Republic, Cyprus, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Ireland, Italy, Kazakhstan, Kosovo[4], Malta, Netherlands, Norway, Poland, Sweden, Switzerland, Ukraine

ECDC 2017

Figure 3. Late diagnosis of HIV among migrants in the EU/EEA, 2015

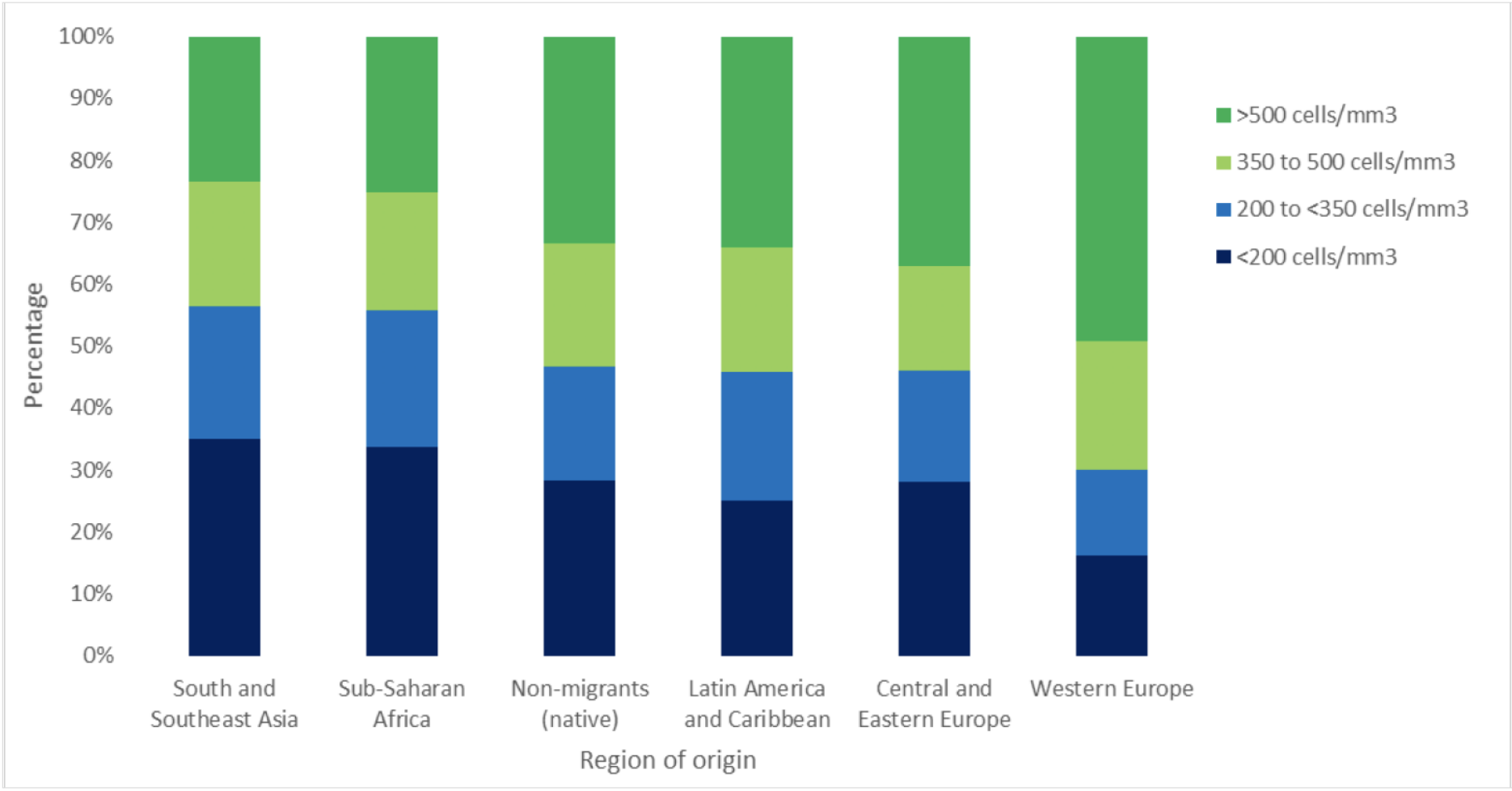
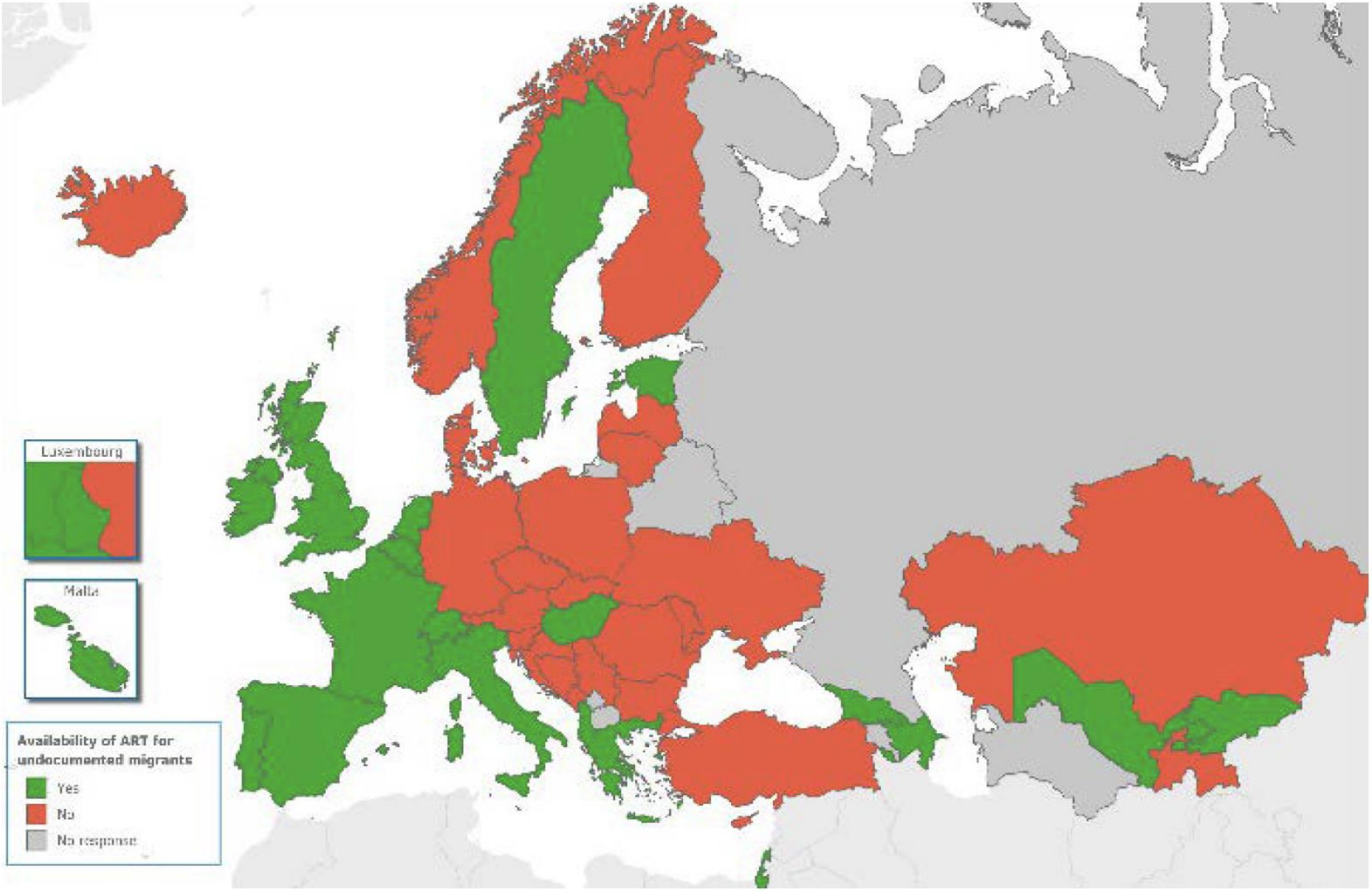


Figure 4. Availability of ART for undocumented migrants in Europe and Central Asia, 2016



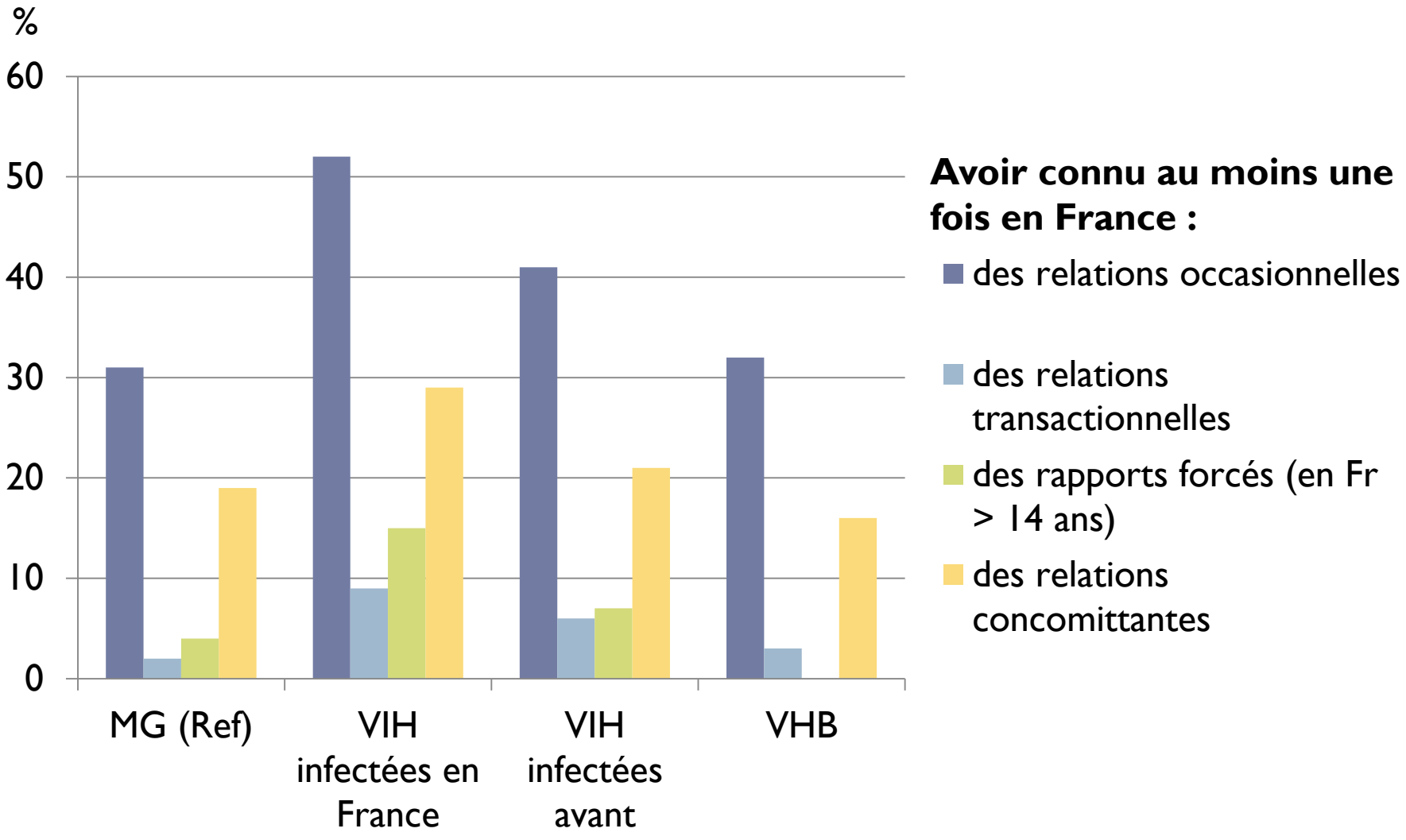
There has been no improvement in treatment access for undocumented migrants in the EU/EEA. In 2014, 15 EU/EEA countries reported that ART is provided for undocumented migrants; in 2016, this had decreased to 14 EU/EEA countries.

Migrants & VIH

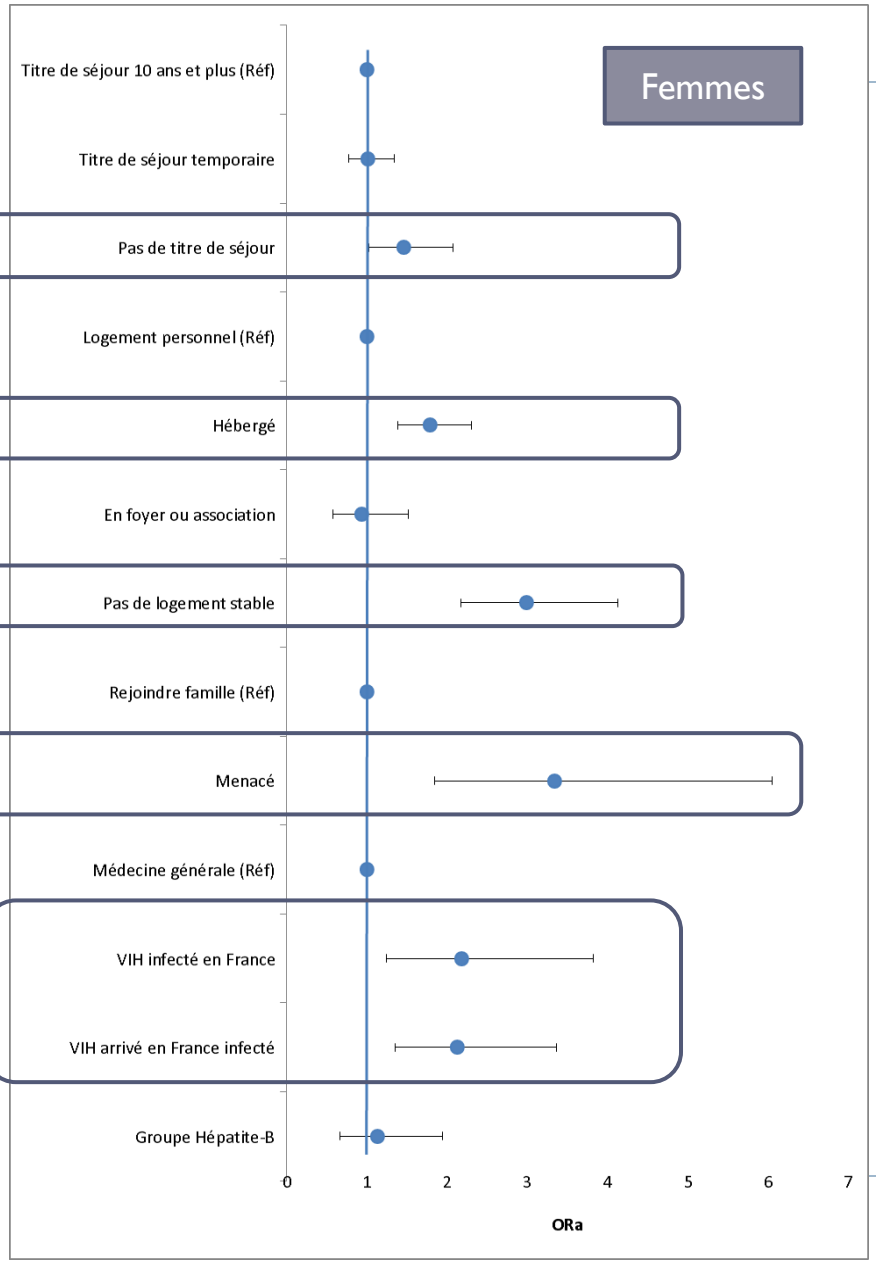
- On estime que parmi les 150 000 personnes qui vivaient avec le VIH en France en 2010
  - 20 000 étaient des femmes hétérosexuelles étrangères (prévalence 1,6%)
  - 14 000 étaient des hommes hétérosexuels étrangers (prévalence 1,0%)
    - => soit 23% des PVVIH
    - Les PVVIH originaires d'ASS augmente progressivement et représentaient 17% des PVVIH dans la cohorte FHDH en 2011
- Entre 1/3 et 1/2 infections acquises en France chez les hétérosexuels d'ASS VVIH
- Et que parmi les 24 000 PVVIH non diagnostiquées en 2014
  - 2 025 étaient des HSH nés à l'étranger
  - 5 159 des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger
  - 5 265 des hommes hétérosexuels nés à l'étranger

Supervie V, AIDS 2014
Delaugerre C, CID 2015
Desgrées du Loû, Eurosuveillance 2015
Rice, 2012

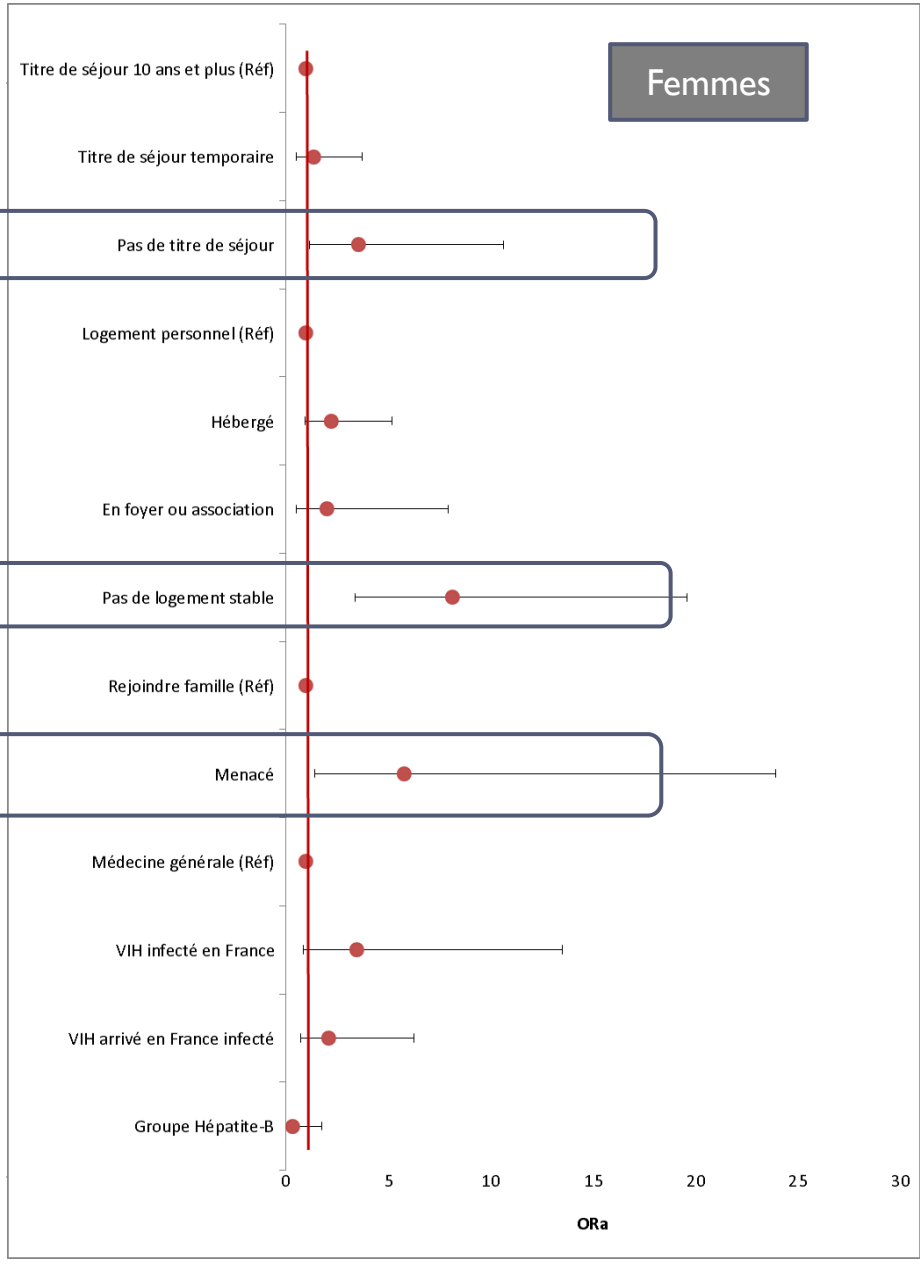
Relations potentiellement à risque – Femmes (enquête Parcours)



Facteurs liés à la probabilité de relations occasionnelles chaque année (ORa)



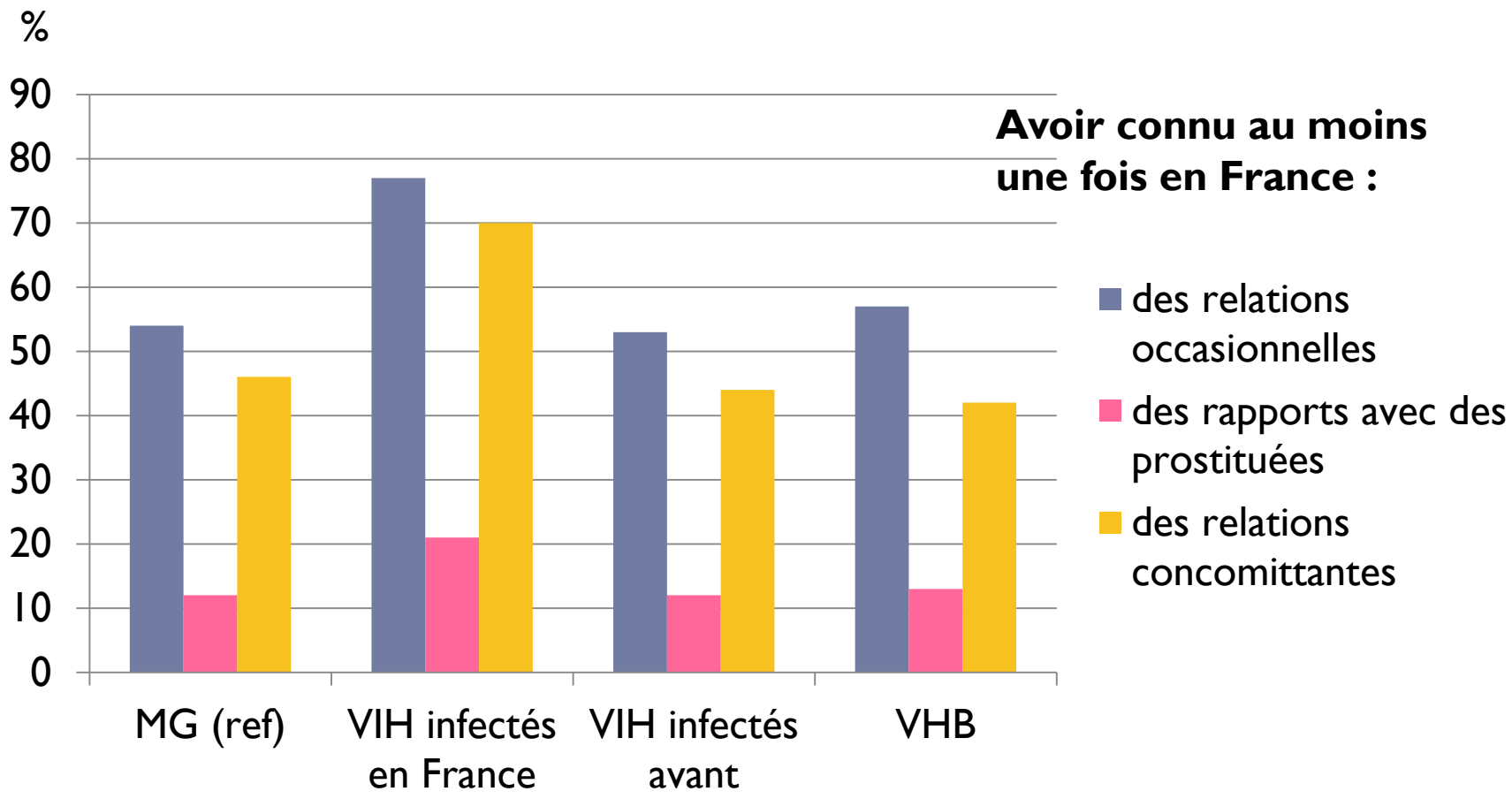
Facteurs liés à la probabilité de relations transactionnelles chaque année (ORa)

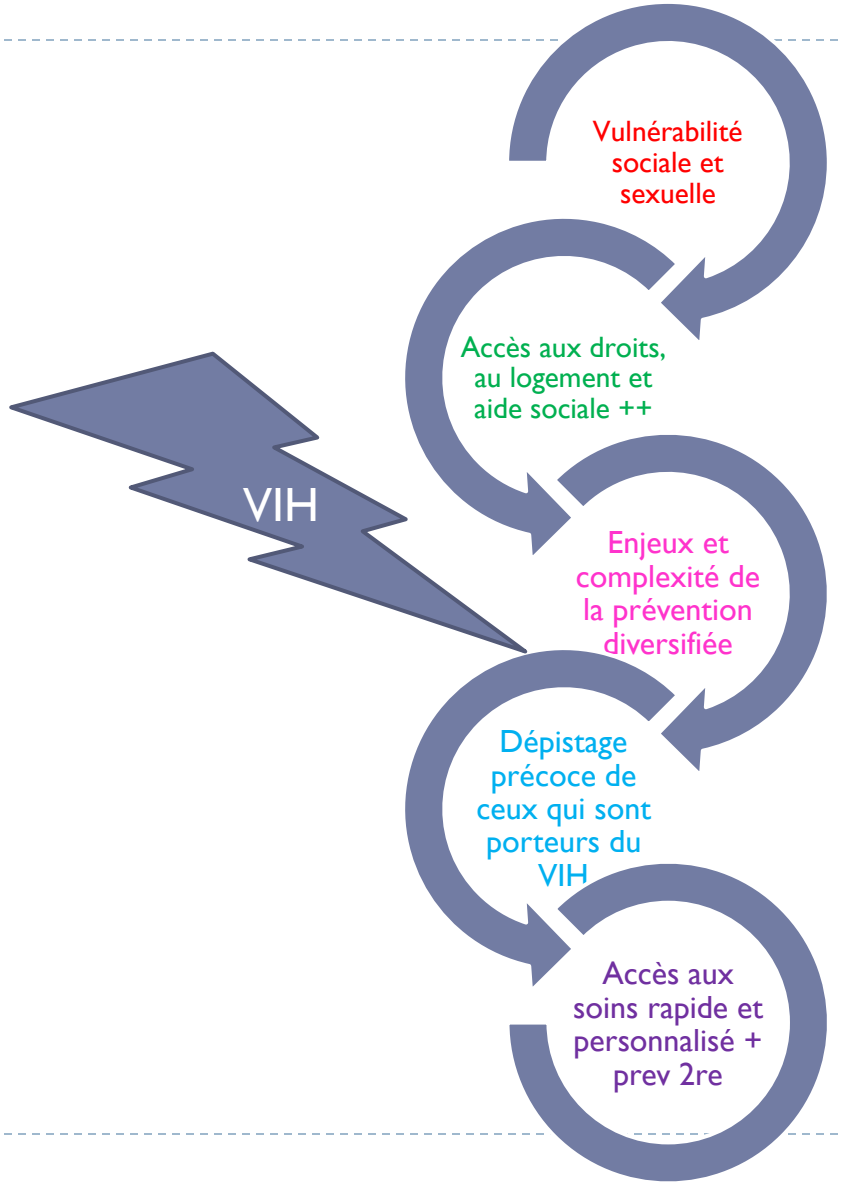


Facteurs associés aux rapports sexuels forcés après 14 ans chaque année en France, Femmes (Odds Ratio)

	Rapports sexuels forcés
Logement personnel	Réf.
Hébergé	2.05*
En Foyer ou association	2.23
Pas de logement stable	3.73*
Venue rejoindre de la famille	Réf.
Venue pour fuir un pays	6.54**
Groupe Ref.	Réf.
VIH infecté en France	4.51**
VIH arrivé en France infecté	1.80

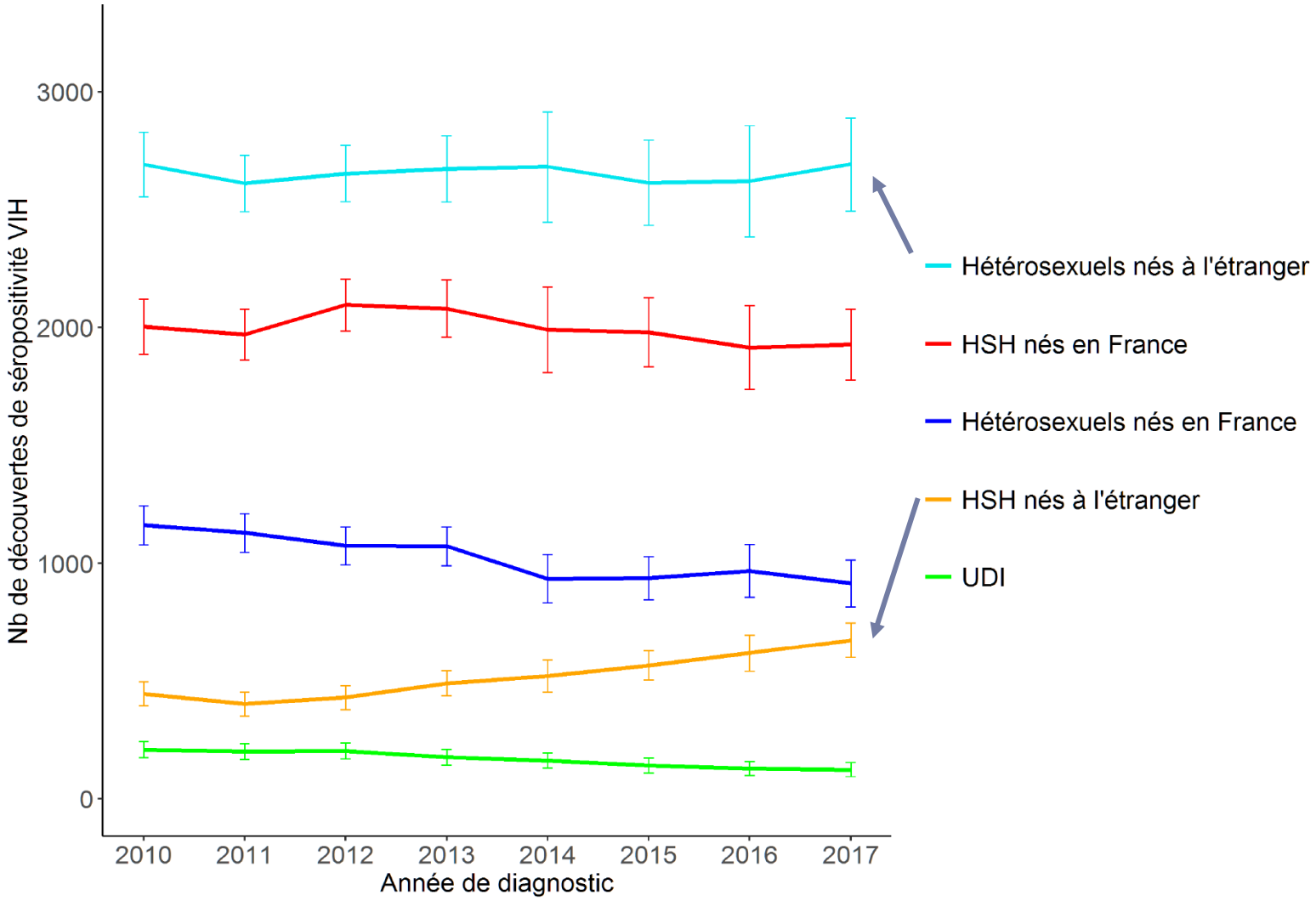
Relations potentiellement à risque selon le groupe d'étude - Hommes




Vulnérabilité sociale et sexuelle
Accès aux droits, au logement et aide sociale ++
VIH
Enjeux et complexité de la prévention diversifiée
Dépistage précoce de ceux qui sont porteurs du VIH
Accès aux soins rapide et personnalisé + prev 2re

Nouveaux diagnostics VIH en France

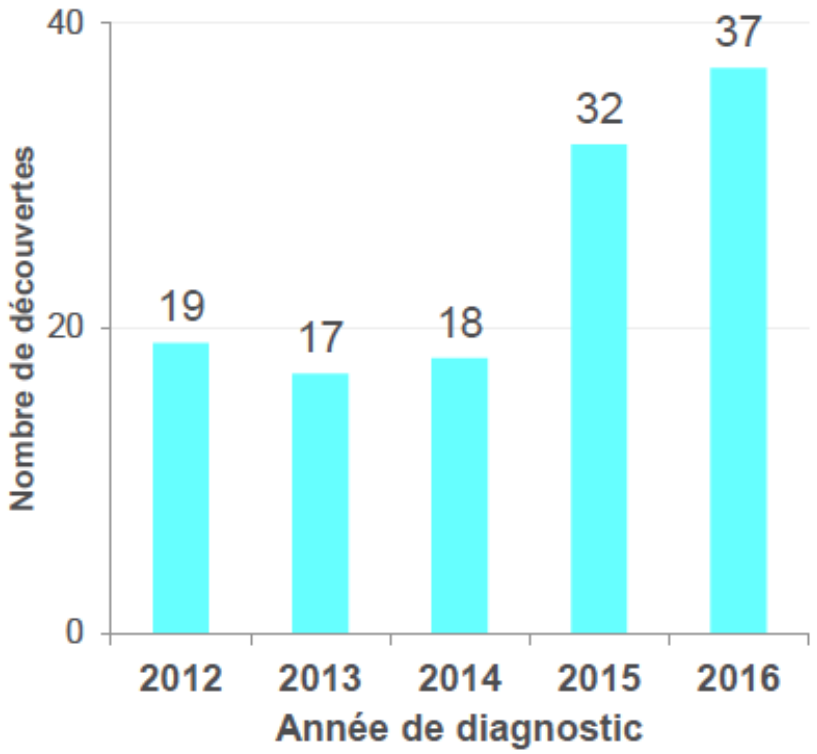
Figure 3. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance, France, 2010-2017



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

TRANSGENRES (2012 – 2016)

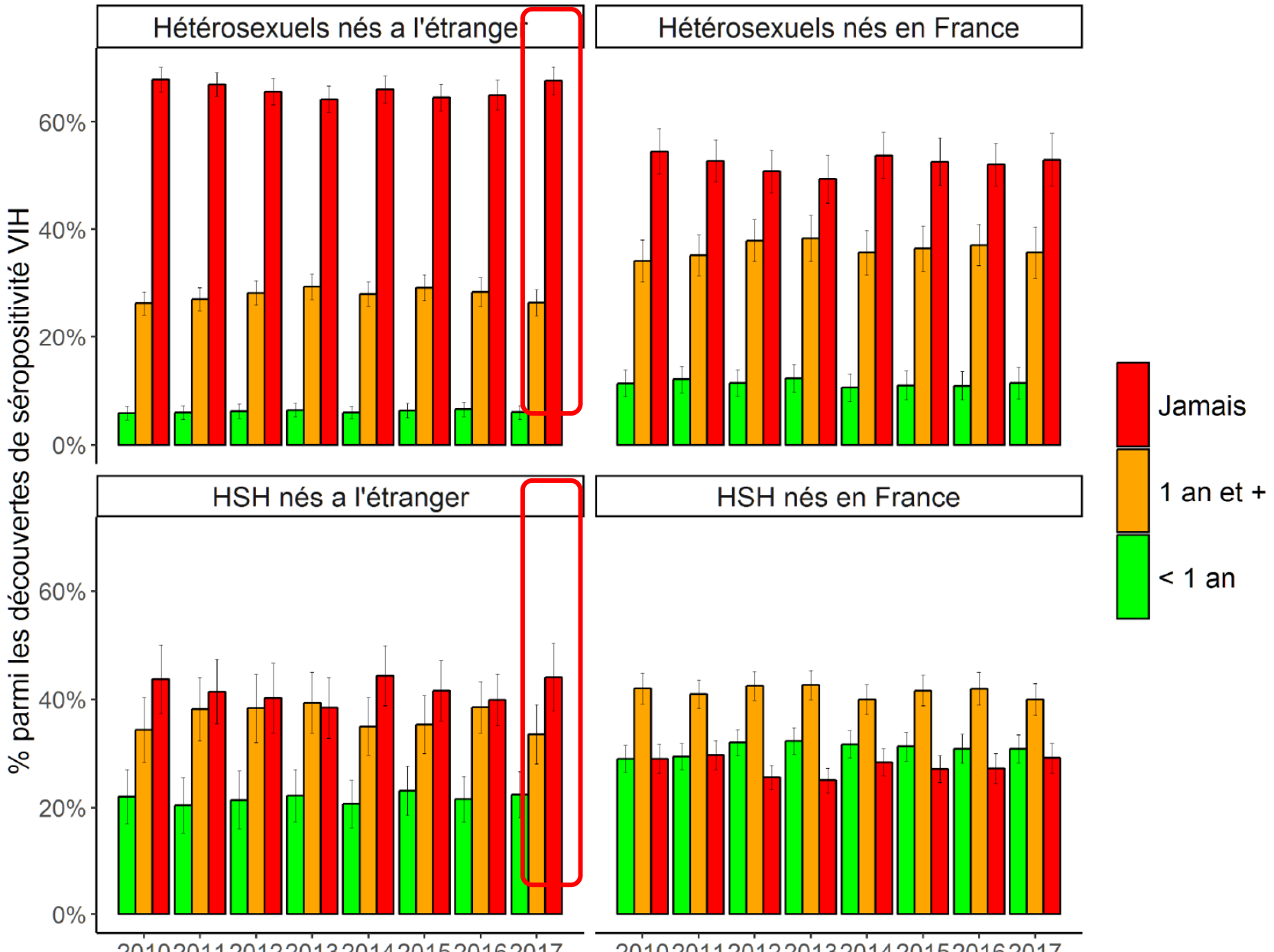
- 123* découvertes de 2012 à 2016 (<1%) : 110 H/F, 11 F/H et 2 NP
- Âge médian 34 ans (17-72)
- 66% en Ile-de-France
- Pays de naissance (sur 113) :
  - 75% Amériques
  - 13% France
- Indicateur de délai au diagnostic (sur 106) :
  - 36% précoces
  - 27% à un stade avancé
- Coinfections :
  - IST (sur 55) : 35%
  - Hépatite B (sur 90) : 8%
  - Hépatite C (sur 93) : 2%
- Antécédents (sur 51) : 41% jamais testés



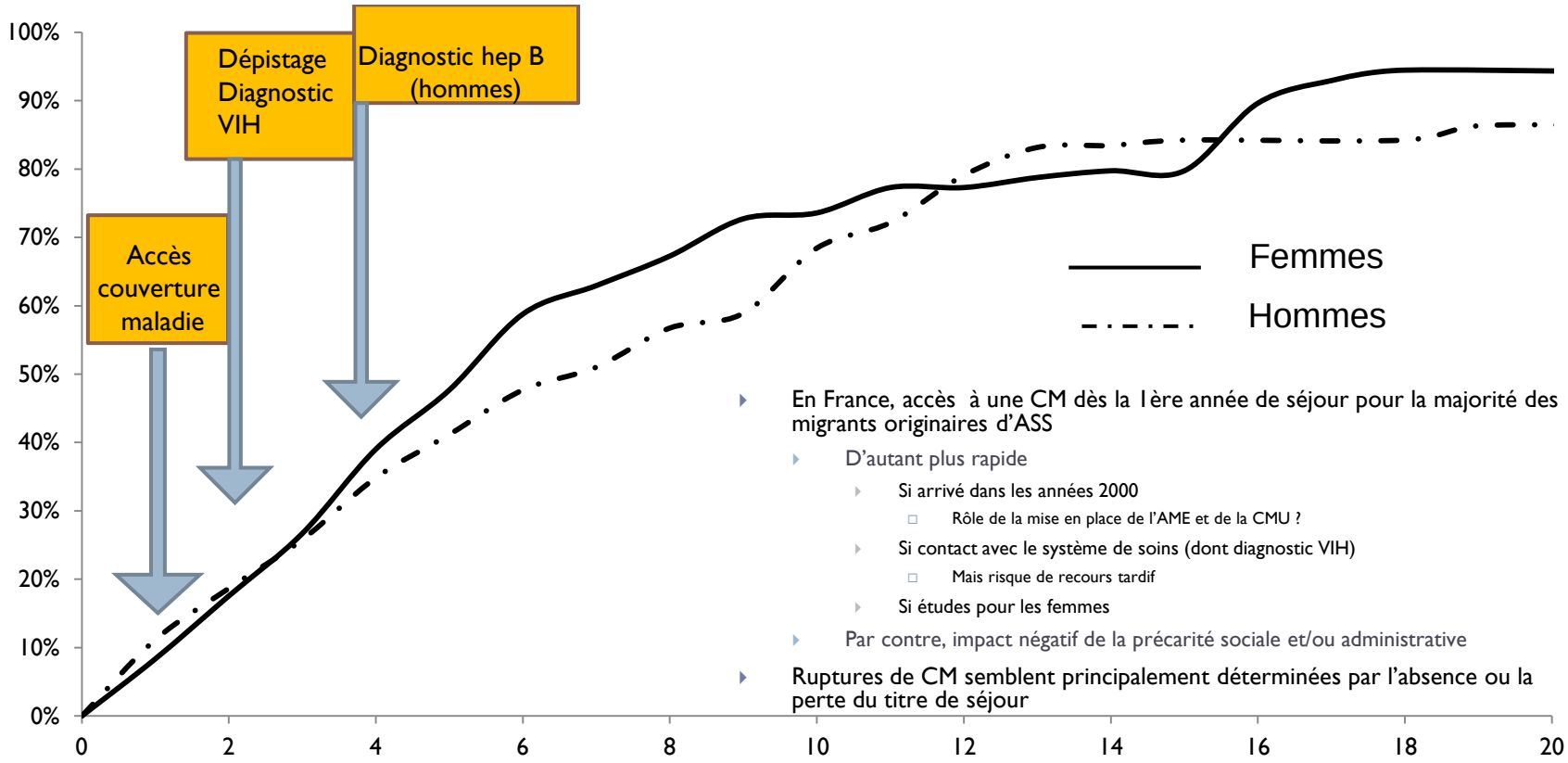
* S'agissant de données brutes, ce chiffre représente une valeur minimum

Source : Santé publique France, DO VIH au 30/09/2017 données brutes (non corrigées)

Figure 4. Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon les antécédents de dépistage, par mode de contamination et lieu de naissance, France, 2010-2017



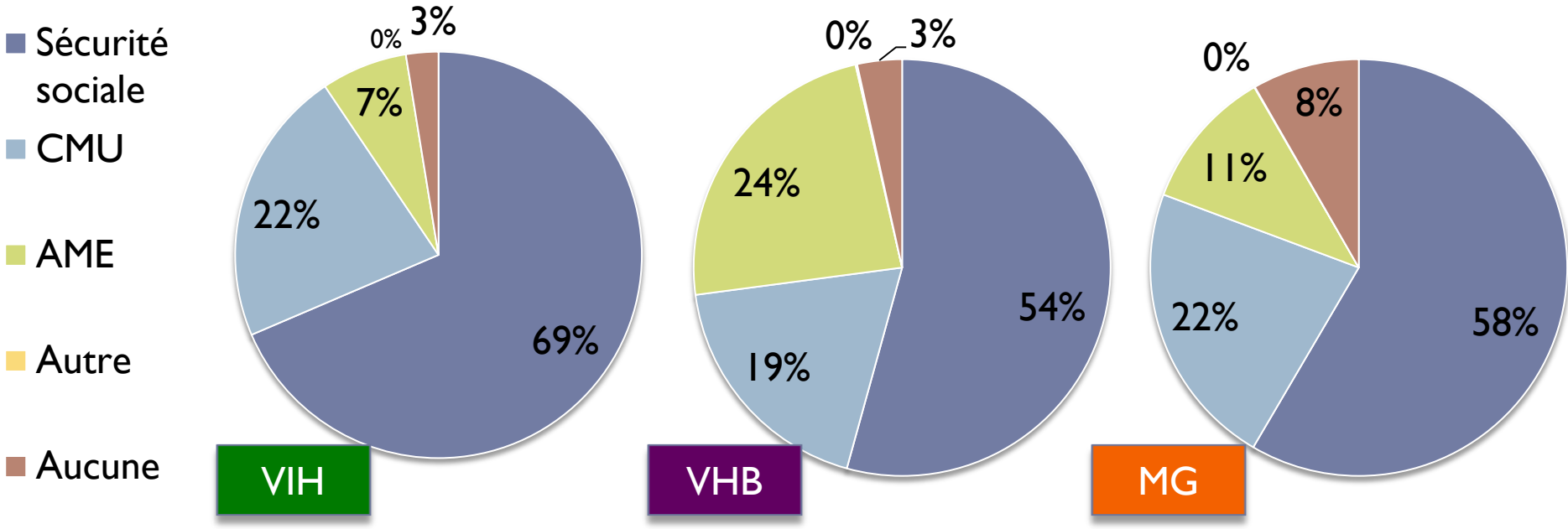
	Hommes	Femmes
Accès à une couverture maladie	1 [1-2]	1 [1-2]
1er dépistage VIH	2 [1-8]	2 [1-5]
Diagnostic VIH (groupe VIH)	2 [1-4]	2 [1-3]
Diagnostic hépatite B Chronique (groupe hep B)	4 [2-11]	2 [1-5]



- En France, accès à une CM dès la 1ère année de séjour pour la majorité des migrants originaires d'ASS
  - D'autant plus rapide
    - Si arrivé dans les années 2000
      - Rôle de la mise en place de l'AME et de la CMU ?
    - Si contact avec le système de soins (dont diagnostic VIH)
      - Mais risque de recours tardif
    - Si études pour les femmes
  - Par contre, impact négatif de la précarité sociale et/ou administrative
- Ruptures de CM semblent principalement déterminées par l'absence ou la perte du titre de séjour

Gosselin, Population 2016; Vignier, Plos one 2018

Couverture maladie au moment de l'enquête: enquête ANRS-Parcours

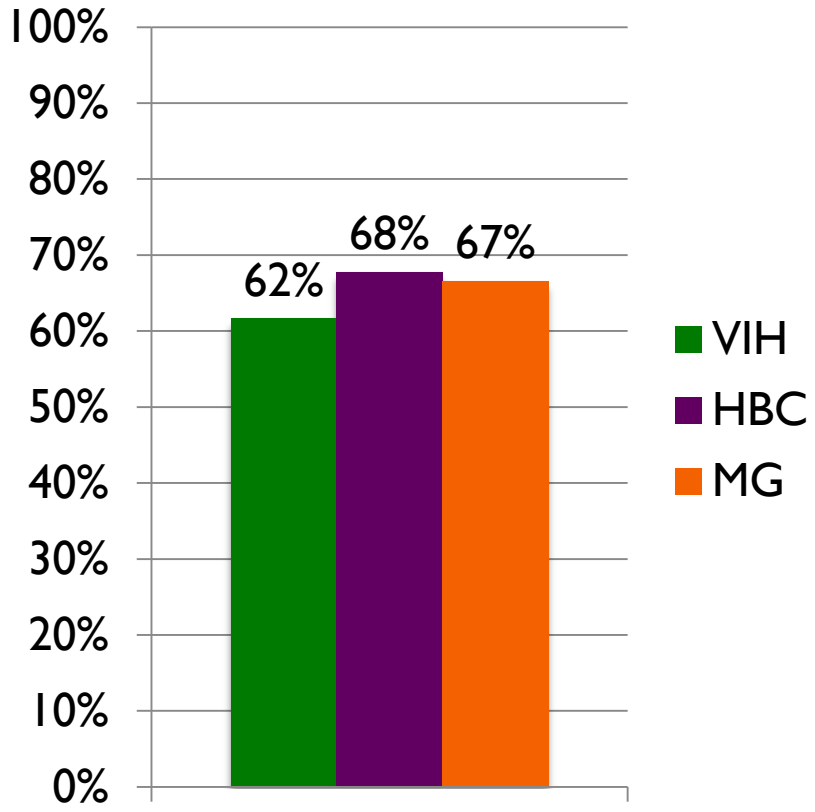


- Recours important à la Couverture Maladie Universelle et à l'Aide Médicale d'Etat
  - En particulier dans le groupe VHB
- Plus de personnes sans couverture maladie
  - dans le groupe médecine générale
  - chez les immigrés récemment arrivés en France et sans droit au séjour
    - Non recours ou barrières ?

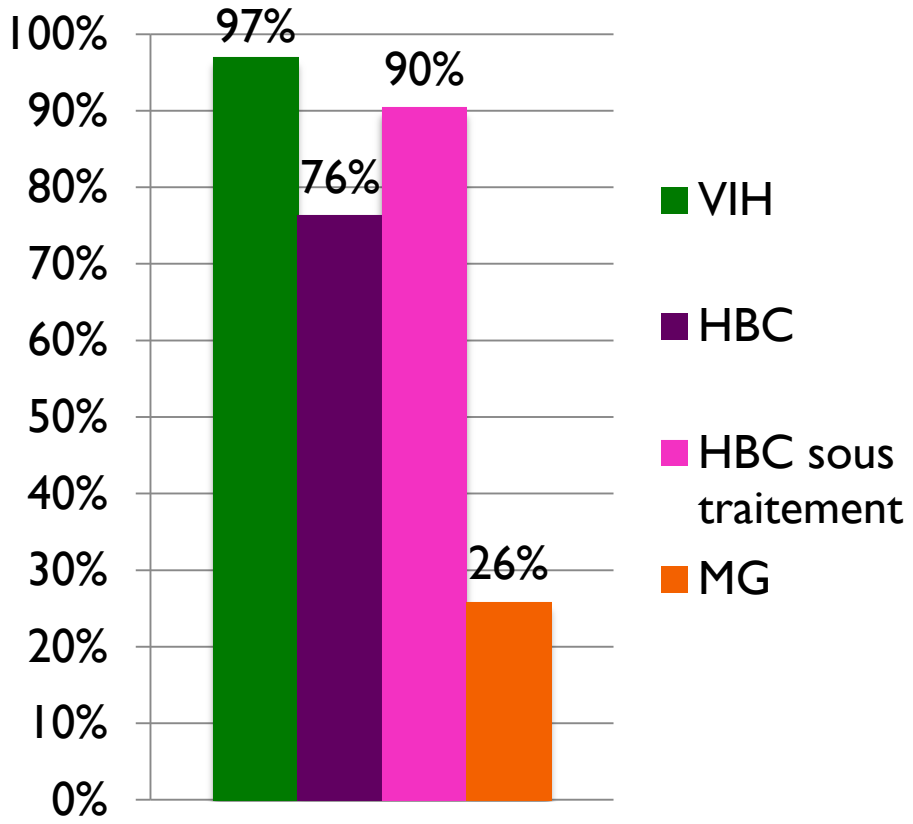
Vignier, Plos one 2018

Couverture maladie complémentaire (parmi les bénéficiaires de la sécurité sociale)

Mutuelle ou complémentaire santé



Prise en charge à 100% (Affection longue durée)



- 1/3 de non recours à la complémentaire santé (¼ dans l'enquête Trajectoires et origines (Hamel C, 2013), 5% en pop générale (Célant N, 2014))
- Recours important à l'ALD pour les PVVIH et les PVHBC sous traitement

Diagnostics tardifs

- Retard au dépistage et à la mise sous traitement:
  - diagnostics à un stade avancé et son corolaire sur la dégradation de l'état de santé
    - en particulier pour les hommes
  - favorise le maintien d'une épidémie cachée
    - Estimée à 3,4-3,8/1000 hommes et femmes hétérosexuels migrants
  - contribue aux contaminations en France
    - 1/3 à ½ des infections des personnes originaires d'Afrique subsaharienne
- Importance de:
  - renforcer le dépistage
  - aider à l'entrée dans le soin
  - favoriser la mise sous et l'accès au traitement
  - Afin de réduire les transmissions secondaires et la morbi-mortalité

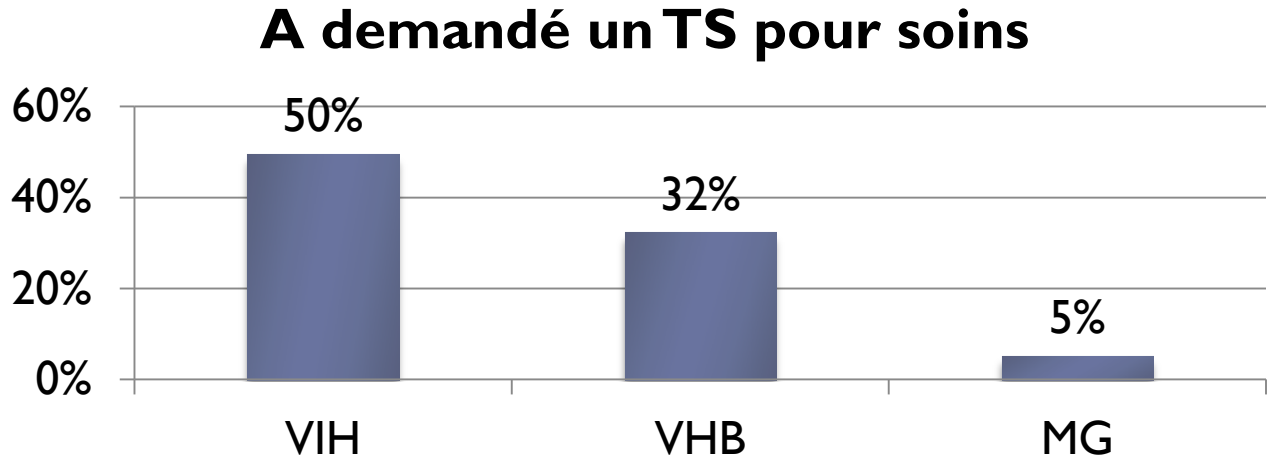
Supervie V, Aids 2014
Lot F, Invs 2016
Desgrées du Loû, Aids 2016

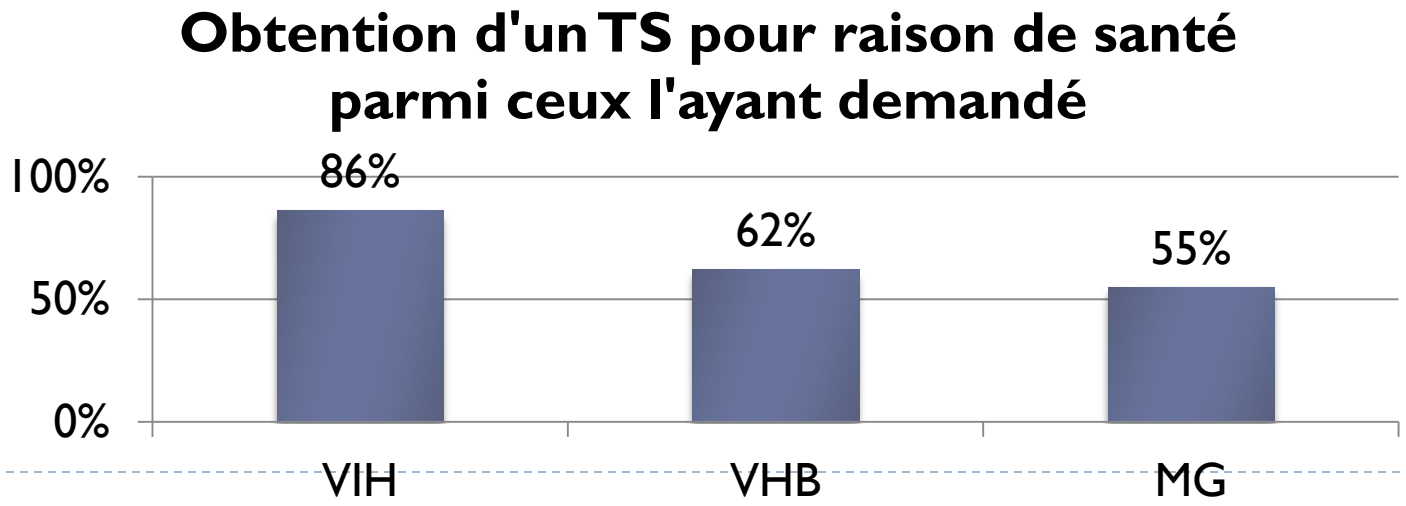
Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH

- Arrivées en France depuis 10 ans en médiane
- Situations de précarité passées ou présentes fréquentes
- ½ carte de séjour temporaire à renouveler chaque année
- 10% sans papiers
- Chômage élevé
- Plus souvent ouvriers ou employés
- ½ difficultés financières
- 1/5 pas de logement personnel
- 32% de femmes vivant seules avec enfants
- 31% des femmes et 20% des hommes ont des symptômes anxieux ou dépressifs

Enquêtes Vespa et Parcours
Lert F, Beh 2013
Pannetier J, SSM Popul Health

Titre de séjour pour raison de santé (enquête Parcours)

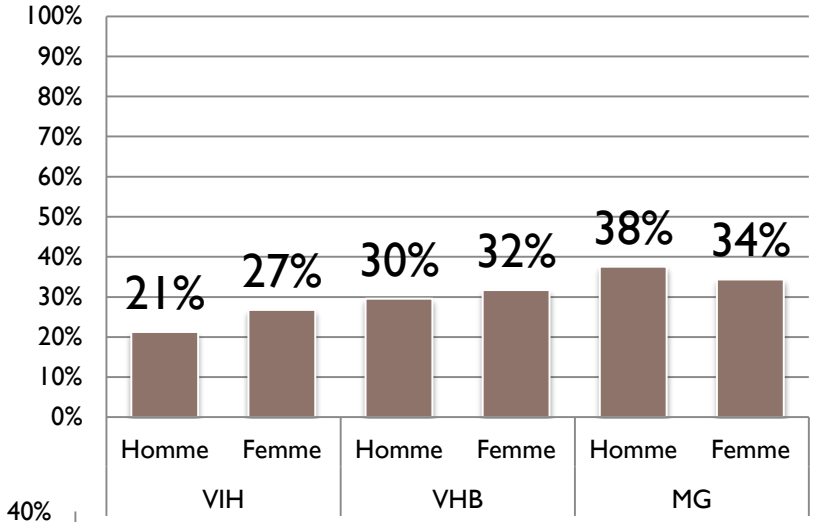


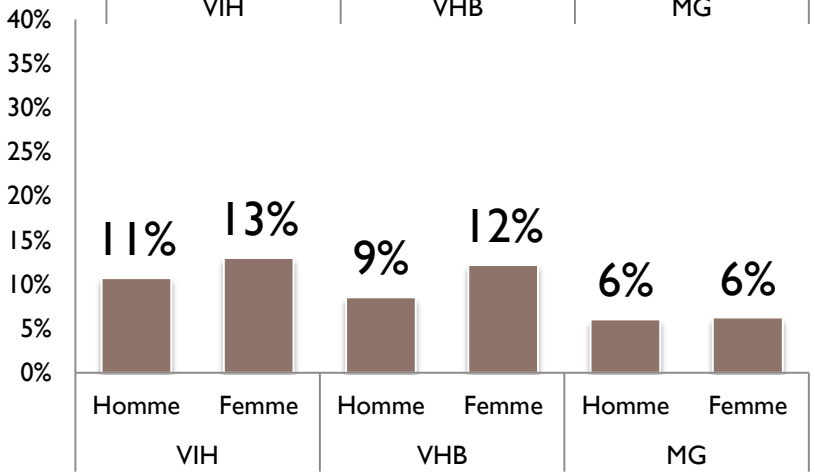


Vignier, Afravih 2018

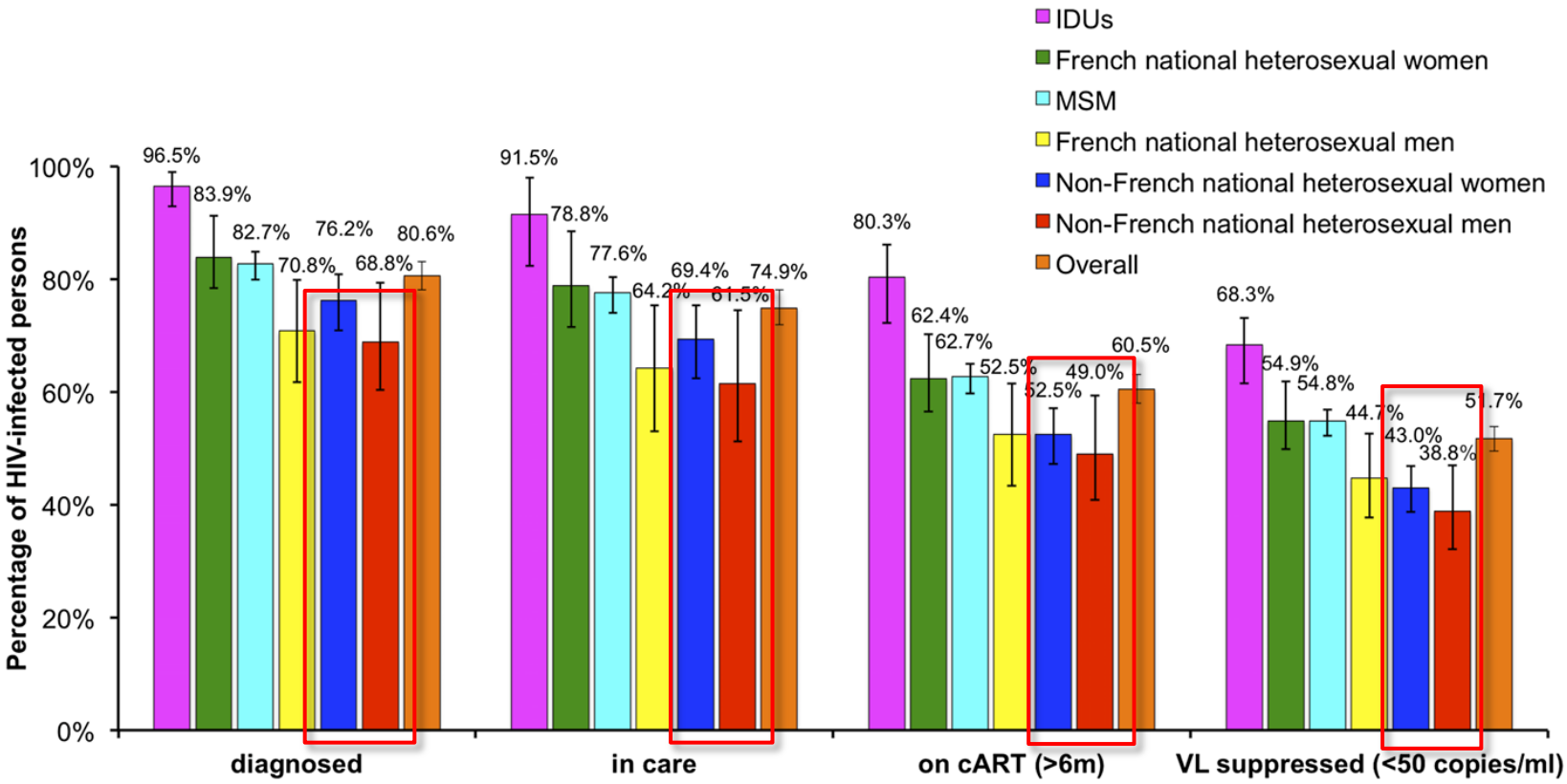
Les barrières à l'accès aux soins

- 1/3 de renoncement aux soins depuis l'arrivée en Fr
  - Raisons financières = principal déterminant comme rapporté ailleurs (Hamel C, 2013; Boisguérin B, 2008)
- Fréquence du refus de soins (6 à 12%)
  - Refus AME et CMU = principal déterminant (Lyazid M, 2014)
  - Discrimination des PVVIH (Douay C, 2016)





La cascade



Données FHDH-ANRS CO4 / Assurance maladie / SPF

Supervie V, J Acquir Immune Defic Syndr 2016

Méta-analyse Entrée en soins

- Pays à haut niveau de ressource ≥ 2003
- 43 cohortes prospectives de PVVIH nouvellement diagnostiquées
- FdR de retard à l'entrée:
  - Principaux: être un homme et être noir
  - Autres:
    - jeunes,
    - UDI,
    - niveau socio-économique bas,
    - VIH à un stade peu avancé
- => efforts à prévoir sur les populations à risque

Perelman J, AIDS Care 2018

Maintien en soins des migrants VVIH

- Une fois en soins, données discordantes mais certaines font état:
  - D'un retard à l'introduction des ARV pour les hommes originaires d'ASS ou des Antilles non francophone ayant des CD4 entre 350 et 500 (uniquement)
  - Sur risque de maladies infectieuses non classant SIDA pour les migrants originaires d'Afrique SS et Antilles non francophones
  - Pas de différence migrants/non migrants concernant les autres comorbidités
- Après mise en route du traitement ARV
  - Moins bonne réponse immunologique
  - Sur risque de tuberculose chez les migrants
  - Moindre risque de décès (healthy migrant effect?)
  - Des rebonds virologiques plus fréquents chez les PVVIH d'ASS n'ayant pas révélé leur statut
  - Des ruptures de traitement lors des voyages au pays

De Monteynard, PloS One 2015
Shepherd BE, AIDS 2013
Nellen; JAIDS 2004
Dray Spira R, AIDS 2007
Sellier P, CID 2006

Pitié Salpêtrière. SFLS 2014

- File active 2011: 3129
  - Pas de recours 2012: 487 (16%)
    - 316 suivis ailleurs
    - 66 revenus en 2013 ou 2014 (2,1%)
    - 28 décédés
    - 4 contactés
    - 73 perdus de vue complets (2,3%)
      - Plus souvent:
        - Femmes
        - Origine ASS (Ora=3,3[1,8-6,2])
        - Durée infection < 5 ans
        - 1 seul recours en 2011
        - CV déctectable

Corevih IdF Centre – Afravih 2014

- Descriptions patients PDV après 2008 et revenus entre 2010 et 2012
- Enquête approfondie avec ARC, médecins H et ville, logiciel métier, AM, état civil des mairies
- 9886 PVVIH suivis en 2008
  - 1270 (**13%**) non revenus en 2009
    - 1009 retrouvés après enquête
      - Décès 5%
      - Ville 36%
      - Autre centre IdF 22%
      - Province 9%
      - Etranger 8%
    - 261 (**3%**) considérés comme perdus de vue
      - 60 revenus entre 2010 et 2012 (23%)
        - 16 suivis ailleurs pdt période
        - 44 en rupture de suivi complète pdt période (médiane 24 mois)

- N=44 PDV revenus

- Motif perte de vue
  - 33% Décision personnelle
  - 16% Isolement social
  - 14% Départ en Province
  - 14% Départ à l'étranger
  - 10% Incarcération
  - 7% Défaut de couverture sociale
  - 6% Alcoolisme/ toxicomanie

- Motif du retour au suivi
  - 26% SIDA
  - 18% décision personnelle
  - 15% retour en France
  - 10% retour à Paris
  - 18% Sortie de prison
  - 6% Hépatite C

Perdus de vue ≥ 18 mois effectifs (Bichat)

- N=4796 suivis au moins 2 fois entre 2010 et 2014
  - dont 617 PDV ≥ 18 mois
- Incidence 2,5 / 100 PA (2,3-2,7)
  - 3.2 / 100 PA pour PDV ≥ 12 mois
- FdR
  - Accès aux soins > 6 mois après le diagnostic (HR=1,3 [1,1-1,4]
  - Absence de médecin traitant (HR=2,4 [2,0-2,8])
  - Derniers CD4≤350/mm3 (HR=2,9 [2,0-4,0])
  - PVVIH non traité (HR=3,7 [2,9-4,7])
- Moins fréquents
  - Personnes originaires d'ASS (HR 0,75 [
    - 221/1196 (14,0%) vs 256/1824 (14,0%) po

A l'inverse des données sur le sujet
Ndiaye B, Antivir Ther. 2009
Lebouche B, HIV Med 2006
Lanoy E, J Clin Epidemiol. 2006
Nacher M, AIDS Care 2010

Fournier AL, Plos one 2019

Observance: la spécificité du retour au pays

- Etude observationnelle Lariboisière PVVIH d'ASS ayant voyagé en Afrique dans les 12 derniers mois (n=61)
  - En France: 26% oublis fréquents, plus souvent si:
    - niveau d'éducation bas
    - en emploi
  - En Afrique: 49% oublis fréquents, plus souvent si:
    - Séjour prolongé
    - Non révélation du statut
    - Si oublis rares avant le voyage
  - Raisons principales: occupé, oubli et (pour l'Afrique) stigma, et difficultés de stockage
- Etude VIHVO: 268 immigrés subsahariens vivant avec le VIH contrôlés sur le plan viral sous ARV ayant prévu un voyage au pays d'au moins 2 semaines et <6 mois en 2006-2009
  - 11% de rupture d'observance (<80% des comprimés)
  - Facteurs associés:
    - Perception négative de l'efficacité des ARV
    - Secret autour de la maladie
    - Prolongation du voyage
    - Accident au cours du voyage

Sellier P, CID 2006
Abgrall S, J Int Assoc Provid AIDS Care 2013
Abgrall S, Int J STD AIDS 2014

Conclusions

Conclusions

- En France,
  - un système de santé accessible aux personnes immigrées, rapidement après leur arrivée,
  - Et, pour partie, sensibilisé à leur vulnérabilité par rapport au VIH et à l'hépatite B
- Mais
  - La précarité qui accompagne les années d'installation augmente l'exposition aux risques sexuels et au VIH, altère la santé psychique et physique, peut compliquer l'accès aux soins
  - Il existe des barrières administratives au droit français (et à son application)
  - Un niveau de renoncement aux soins élevé (1/3 PVVIH d'ASS)
  - Des refus de soins et des discriminations fréquentes
- Qui s'appliquent aussi aux PVVIH mais dans une moindre mesure

Conclusions

- Intérêt de mieux organiser les parcours de soins des migrants en situation de précarité pour prévenir le renoncement
- Importance
  - de lutter contre les freins financiers et administratifs à l'accès aux soins
  - du maintien du système universaliste et de privilégier l'accès à l'AME et à l'Assurance maladie
  - des dispositifs favorisant l'accès et visant à prévenir les ruptures de droit au séjour

Merci pour votre attention !
Place aux échanges
Contact: dr.vignier@gmail.com
Groupe/comission migrant