



L'impact du VIH/sida et de l'hépatite B sur les trajectoires de vie des migrants subsahariens en France

Anne Gosselin

► To cite this version:

Anne Gosselin. L'impact du VIH/sida et de l'hépatite B sur les trajectoires de vie des migrants subsahariens en France. Santé publique et épidémiologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2016. Français. NNT : 2016USPCB048 . tel-01731584

HAL Id: tel-01731584

<https://theses.hal.science/tel-01731584>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole Doctorale de Santé Publique (ED 570)

L'impact du VIH/sida et de l'hépatite B sur les trajectoires de vie des migrants subsahariens en France

Anne Gosselin

Thèse de doctorat de Santé Publique

Dirigée par Annabel Desgrées du Loû et Eva Lelièvre

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2016

Devant un jury composé de :

KHLAT Myriam, Directrice de recherche, INED

BOCQUIER Philippe, Professeur, Université Catholique de Louvain

CHAUVIN Pierre, Directeur de recherche, INSERM

WRINGE Alison, Professeur, London School of Hygiene and Tropical Medicine

DESGREES DU LOU Annabel, Directrice de recherche, IRD

LELIEVRE Eva, Directrice de recherche, INED

Présidente

Rapporteur

Rapporteur

Examinatrice

Directrice

Directrice

Cette thèse a été réalisée au sein de l'axe Santé et Genre du CEPED (Centre Population et Développement, UMR Université Paris Descartes- IRD) et de l'équipe Mobilité, Logement, Entourage de l'INED (Institut National d'Études Démographiques).

Elle a été réalisée grâce à une bourse d'allocation doctorale de l'Agence Nationale de Recherches sur le VIH/sida et les Hépatites virales (ANRS).

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à mes directrices de thèse, Annabel Desgrées du Loû et Eva Lelièvre. J'ai beaucoup appris en travaillant sous leur direction ; leur écoute et leur disponibilité ont été sans faille du début à la fin de la thèse, enfin leur appui pour valoriser mon travail a été déterminant. Je les en remercie très sincèrement et très vivement, car sans elles ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Un grand merci aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer mon travail : Philippe Bocquier, Pierre Chauvin, Myriam Khlat et Alison Wringe.

Il va s'agir de parcours dans cette thèse, le mien a été jalonné de rencontres qui ont précédé le début de la thèse et qui m'y ont amenée.

En premier lieu, merci à Fizza Qureishi de Médecins du Monde UK, à Ramón Estesó, José Atienza et Yolanda Gutierrez de Médecins du Monde Espagne, à Didier Maille et Benjamin Demagny du Comede (Comité Médical pour les Exilés) : toutes ces personnes m'ont accompagnée dans mes premiers pas dans le champ de la santé publique auprès de personnes, parfois migrantes, dans des programmes d'accès aux soins et de prévention. Ces périodes de bénévolat et de stage m'ont donné à voir beaucoup de choses qui ne sont pas étrangères, je crois, à la décision de mener à bien cette thèse.

En second lieu, merci à l'équipe pédagogique du Master 1 de Santé Publique de l'Université Paris Sud XI, de permettre à des étudiants, venus comme moi d'autres disciplines, d'accéder à l'entrée en Master.

Merci enfin à Aurélie Pierre et Marc Perronnin de l'Irdes, qui les premiers m'ont initiée au métier de chercheur lors de mon stage de Master 2.

Dans le cadre de la thèse, de nombreuses personnes m'ont aidée. Un immense merci à France Lert, Nathalie Lydié et Rosemary Dray-Spira, qui m'ont conseillée, qui m'ont lue (et relue) au fil des années, qui enfin m'ont transmis l'expérience qu'elles ont du champ du VIH/sida et de l'épidémie parmi les migrants d'Afrique subsaharienne en France. Cette transmission m'a été très précieuse.

Je suis persuadée que ce sont les échanges au sein de l'équipe Parcours qui m'ont permis, entre autres, de mener cette thèse à bien : en particulier, les échanges avec Julie Pannetier,

Andrainolo Ravalihasy, Élise Rodary, Mireille Le Guen, Henri Panjo, Margot Annequin, Nicolas Vignier et Agnès Guillaume m'ont été extrêmement profitables, merci à tous.

Le CEPED a été un endroit formidable pour faire une thèse. Merci donc à son directeur, Etienne Gérard, et à ses membres. En particulier, je remercie le service administratif - Michelle Coste, Danièle Cavanna, Ginette Registe et Stéphanie Thoby - et les membres de mon équipe Santé et Genre, notamment Joseph Larmarange dont les conseils judicieux m'ont permis de faire de grands pas dans l'analyse statistique de mes données. Un immense merci au groupe des doctorants du CEPED, il m'est impossible de les nommer tous ici, je remercie donc en particulier Marjorie Gerbier-Aublanc avec qui ce fut à la fois très enrichissant et très agréable de travailler et mes collègues doctorantes de l'axe Santé et Genre : Marine Al Dadah, Valentine Becquet, Anne Bekelynck, Sarah Memmi et Clémence Schantz.

J'ai aussi eu la très grande chance d'être accueillie dans l'unité Mobilité, Logement et Entourage dirigée par Eva Lelièvre à l'Ined, merci à tous ses membres. Je remercie en particulier Nicolas Robette, chercheur associé à l'équipe, qui m'a donné de précieux conseils. Un grand merci à Lidia Panico, Fabrice Cahen et Joanie Cayouette-Remblière qui animent les ateliers doctorants de l'Ined que j'ai toujours trouvés intéressants et bénéfiques. Merci à tous les doctorants de l'Ined, et en particulier à ceux et celles avec qui j'ai partagé mon bureau ou mes repas : Valeria Solesin, Manon Garrouste, Meoïn Hagège, Milan Bouchet-Valat, Celio Sierra-Paycha, Julie Chapon, Thomas Venet, Pierre-Antoine Chauvin, Elisa Abassi, Paola Villar, Mona Claro, Amélie Grysole, Louise Caron, Alice Olivier, Noémie de Andrade, Marie Mengotti, Matthias Thibeaud, Pauline Hervoïs, Morgan Kitzmann, John Tomkinson.

Cette thèse a été réalisée dans le cadre de l'Ecole Doctorale de Santé Publique et je tiens à remercier vivement Jean Bouyer, son directeur, et Audrey Bourgeois pour la qualité du suivi des doctorants et leur écoute.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENCADRÉS	9
LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES.....	13
SIGLES UTILISÉS	15
VALORISATIONS SCIENTIFIQUES DU TRAVAIL DE THÈSE	17
INTRODUCTION.....	19
1. Les migrants d’Afrique subsaharienne en France : une population particulièrement touchée par le VIH/sida et l’hépatite B	19
2. Migration et maladie : comment approcher une réalité complexe ?	22
3. Immigré, migrant : le choix des termes.....	26
4. Le VIH/sida et l’hépatite B chronique: similitudes et différences	27
5. Objectifs de la thèse	30
6. Structure de la thèse	30
CHAPITRE 1	33
L’ENQUÊTE PARCOURS : UNE ENQUÊTE BIOGRAPHIQUE AUPRÈS DES MIGRANTS D’AFRIQUE SUBSAHARIENNE	33
1. Le contexte de l’enquête Parcours	35
2. De l’hôpital à la médecine générale, la mise en œuvre de l’enquête Parcours dans les structures de santé	36
3. Une enquête biographique en santé.....	42
4. Du recueil des données aux catégories d’analyse	44
5. Description de la population d’étude : des profils diversifiés, une précarité présente..	48
6. Les analyses menées et leurs sous-échantillons	53
CHAPITRE 2	55
LA LENTE INSTALLATION DES MIGRANTS SUBSAHARIENS EN FRANCE : LE POIDS DU CONTEXTE SOCIAL	55
1. Introduction	57
2. Population et Méthodes.....	61
3. La lente installation des migrants subsahariens, inscrite dans le contexte social	66
a) Analyse descriptive : combien de temps cela prend-il pour s’installer ? Une dynamique genrée d’installation	66
b) Analyse des facteurs associés à l’installation. Caractéristiques individuelles et contexte structurel : qu’est-ce qui compte ?.....	77

c) Un processus d'installation très similaire chez les migrants atteints du VIH/sida ou de l'hépatite B	80
Conclusion.....	82
Annexes du Chapitre 2	83
CHAPITRE 3.	87
LES RUPTURES BIOGRAPHIQUES APRÈS LA MALADIE : DES TRAJECTOIRES FRÉQUENTES ?.....	87
1. Introduction	89
2. Population et méthodes	90
3. Résultats	100
3.1. Les trajectoires de logement autour du diagnostic	100
3.2. Les trajectoires d'activité autour du diagnostic.....	113
3.3. Les trajectoires administratives autour du diagnostic.....	123
3.4. Les trajectoires de couple autour du diagnostic.....	134
3.5. Les trajectoires de bien-être autour du diagnostic	144
4. Synthèse. Impact du diagnostic : des trajectoires minoritaires mais riches d'enseignement.....	155
4.1. Quantifier les trajectoires qui sont affectées par le diagnostic	155
4.2. Illustrations par des histoires de vie possiblement affectées par le diagnostic.....	157
Conclusion.....	164
Annexes du chapitre 3	165
CHAPITRE 4.	177
L'IMPACT DU DIAGNOSTIC DANS DES VIES MARQUÉES PAR LA MIGRATION	177
1. Introduction	179
2. Population et méthodes	180
3. Résultats	186
4. Discussion	201
Annexes du chapitre 4	205
CONCLUSION	207
BIBLIOGRAPHIE	213
LISTE DES ANNEXES.....	225

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1. La définition du terme « migrant » utilisé dans cette thèse.....	27
Encadré 2. Les conditions d'éligibilité dans l'enquête Parcours.....	37
Encadré 3. Extrait du questionnaire Parcours sur les raisons de la venue en France.....	45
Encadré 4. Extrait du questionnaire Parcours sur l'activité au cours de la vie	47
Encadré 5. Le choix des termes: installation ou intégration?.....	57
Encadré 6. Termes utilisés dans l'analyse de séquences.....	94
Encadré 7. Récapitulatif de l'ensemble des hypothèses issues de l'analyse de séquences	154
Encadré 8. La construction des graphes en temps relatif	184
Encadré 9. Utilisation du χ^2 de McNemar	185

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Proportion d'acceptation des structures de santé sollicitées, par groupe	39
Tableau 2. Proportion d'acceptation des centres de médecine générale selon le type de centre	39
Tableau 3. Raisons multiples de venue en France déclarées dans l'enquête	46
Tableau 4. La classification internationale ISCO-08 et la classification des activités dans Parcours	48
Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés Parcours au moment de l'enquête, selon le groupe d'étude et le sexe.....	51
Tableau 6. Caractéristiques sociodémographiques à l'arrivée en France des enquêtés Parcours arrivés à 18 ans et plus, par sexe. Groupe Médecine Générale.	62
Tableau 7. Médianes d'installation pour les étudiants, par sexe. Groupe Médecine Générale.	73
Tableau 8. Comparaison des profils des femmes subsahariennes en fonction de leur période d'arrivée. Groupe Médecine Générale.	74
Tableau 9. Facteurs associés à l'installation des migrants subsahariens en France, par sexe. Groupe Médecine Générale.....	79
Tableau 10. Circonstances du diagnostic VIH ou Hépatite B	93
Tableau 11. Les dimensions retenues dans l'analyse de l'impact de la maladie.....	96
Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, typologie logement - groupe VIH	105
Tableau 13. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de logement - groupe Hépatite B.....	111
Tableau 14. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires d'activité - groupe VIH	117
Tableau 15. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires d'activité - groupe Hépatite B	121
Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires administratives - groupe VIH.....	129
Tableau 17. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires administratives - groupe Hépatite B	133
Tableau 18. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de couple - groupe VIH.....	139

Tableau 19. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de couple - groupe Hépatite B	143
Tableau 20. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de bien-être - groupe VIH	149
Tableau 21. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de bien-être - groupe Hépatite B	153
Tableau 22. Caractéristiques sociodémographiques, par groupe et par sexe. Groupe VIH et Hépatite B.....	182
Tableau 23. Facteurs associés à la transition vers l'inactivité année par année, depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe	193
Tableau 24. Facteurs associés à la rupture de couple année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe	195
Tableau 25. Facteurs associés à la détérioration du bien-être année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe	196
Tableau 26. Facteurs associés à l'accès à un titre de séjour court année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe	199
Tableau 27. Facteurs associés à l'accès à une carte de résident ou à la nationalité française année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe.....	200

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution de l'accès au traitement antirétroviral et de la politique d'immigration en France	25
Figure 2. Comparaison des maladies VIH/sida et Hépatite B chronique.....	28
Figure 3. L'échantillonnage de l'enquête Parcours	37
Figure 4. Exemple d'une partie de la grille biographique utilisée dans PARCOURS.....	43
Figure 5. Diagrammes représentant les années et âges d'arrivée en France des enquêtés Parcours selon le groupe d'étude et le sexe	50
Figure 6. Diagramme des sous-échantillons utilisés dans le travail de thèse.....	54
Figure 7. Diagramme de la population d'analyse sur les trajectoires d'installation	61
Figure 8. Accès au premier logement personnel, au premier titre de séjour d'au moins 1 an, à une activité génératrice d'autonomie, selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Groupe Médecine Générale.....	67
Figure 9. Accès aux trois éléments d'installation, selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Groupe Médecine générale.	69
Figure 10. Proportion de migrants qui ont obtenu un, deux ou trois éléments d'installation selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Groupe Médecine Générale	70
Figure 11. Séquences d'installation et corrélations entre les trois éléments d'installation, par sexe.....	71
Figure 12. Les médianes d'installation en nombre d'années passées en France, selon la période d'arrivée des migrants, par sexe	76
Figure 13. Les médianes d'installation en nombre d'années passées en France, selon le groupe d'étude, par sexe.....	81
Figure 14. Diagramme de la population d'analyse sur les trajectoires autour du diagnostic...	91
Figure 15. Construction d'une séquence avec une période d'observation de onze années autour du diagnostic	94
Figure 16. Les différents états possibles selon les dimensions (logement, activité, titre de séjour, couple et bien-être perçu) à l'aide d'un exemple	98
Figure 17. Chronogrammes des états de la trajectoire de logement autour du diagnostic	102
Figure 18. Tapis de séquences des parcours de logement autour du diagnostic, groupe VIH104	
Figure 19. Tapis de séquences des parcours de logement autour du diagnostic, groupe Hépatite B.....	110

Figure 20. Chronogrammes des états de la trajectoire d'activité autour du diagnostic.....	115
Figure 21. Tapis de séquence des parcours d'activité autour du diagnostic VIH	116
Figure 22. Tapis de séquences des parcours d'activité autour du diagnostic, Hépatite B.....	120
Figure 23. Chronogrammes des états de la trajectoire administrative autour du diagnostic..	126
Figure 24. Tapis de séquence des parcours administratifs autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH.....	128
Figure 25. Tapis de séquence des parcours administratifs autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B.....	132
Figure 26. Chronogrammes des états de la trajectoire de couple autour du diagnostic	135
Figure 27. Tapis de séquence des parcours de couple autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH.....	138
Figure 28. Tapis de séquence des parcours de couple autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B.....	142
Figure 29. Chronogrammes des états de la trajectoire de bien-être autour du diagnostic.....	146
Figure 30. Tapis de séquence des parcours de bien-être autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH.....	148
Figure 31. Tapis de séquence des parcours de bien-être autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B.....	152
Figure 32. Proportion de trajectoires pour lesquelles le diagnostic VIH a un impact négatif selon l'indicateur et sur l'ensemble des dimensions	156
Figure 33. Proportion de trajectoires pour lesquelles le diagnostic d'hépatite B a un impact négatif selon l'indicateur et sur l'ensemble des dimensions	156
Figure 34. Diagramme de la population d'analyse sur l'impact du diagnostic sur les trajectoires	181
Figure 35. Proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être au cours de la vie et impact de la migration et du diagnostic VIH sur ces proportions, par sexe	188
Figure 36. Proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être au cours de la vie et impact de la migration et du diagnostic Hépatite B sur ces proportions, par sexe	189
Figure 37. Proportions de personnes en activité, en couple, en bien-être selon la période de diagnostic VIH et Hépatite B, par groupe	191

AME : Aide Médicale d'État

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le VIH/sida et les Hépatites virales

CMU : Couverture Maladie Universelle

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut Nationale de Veille Sanitaire

KABP Migrants : pour Knowledge, Attitudes, Beliefs & Practices, enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements sur le VIH menée auprès des migrants en 2005

MAFE : Migrations entre Afrique et Europe (enquête 2005-2006)

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

IIQ : Intervalle InterQuartile (25% ; 75%)

TeO : Trajectoires Et Origines (enquête 2008-2009)

VESPA : VIH : enquête sur les personnes atteintes (première vague 2002-2003, deuxième vague en 2011).

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Articles dans des revues à comité de lecture en premier auteur

Gerbier-Aublanc M. & Gosselin A*.pour le groupe Parcours (2016) "Access to employment among African migrant women living with HIV in France: constraints and opportunities" *AIDS Care* 28 (8): 1058-1061.

**co-first author*

Gosselin A. Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. pour le Groupe Parcours (2016) "Migrants subsahariens: combien de temps leur faut-il pour s'installer en France?" *Population & Sociétés* | 533 [en ligne]

www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/migrants-subsahariens/

Gosselin A., Desgrées du Loû A. et Pannetier J. "Les migrants subsahariens face à la précarité résidentielle et administrative à l'arrivée en France : l'enquête ANRS Parcours » in *La population de la France face au VIH/sida* (Bergouignan ed.), Collection Populations Vulnérables [à paraître]

Gosselin A. Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. pour le Groupe Parcours. "Understanding integration pathways in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey" *European Journal of Population* [en révision]

Gosselin A., Lelièvre E., Ravalihasy A., Lydié N., Lert France, Desgrées du Loû A. & le Groupe Parcours "Times Are Changing". *The Impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan Migrants 'Lives in France'* [soumis]

Autres publications

Gosselin, A. Desgrées du Loû, A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. pour le groupe Parcours (2016), "Understanding Sub-Saharan migrant settlement through a capability approach: evidence from a life-event history survey ", *CEPED Working Paper*, 33, [en ligne] <http://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/article/understanding-sub-saharan-migrant>

Communications orales dans à des colloques

"Migration et VIH : une double peine ? Impacts de la migration et du diagnostic sur les conditions de vie des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne en France", *Afraviv* (8^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites), Bruxelles, Belgique, Avril 2016.

"How does HIV status interact with Sub-Saharan women migrants' occupational trajectories in France? A mixed-method approach", *Aids Impact*, Amsterdam, Pays-Bas, Juillet 2015.

"Un *petit toit* à soi" quand on est séropositive pour le VIH. Trajectoires de logement autour du diagnostic VIH des femmes d'Afrique subsaharienne en France", *Congrès de l'Association Française de Sociologie*, Saint-Quentin-en-Yvelines, France, Juin 2015.

“S'installer en France: trajectoires résidentielles et administratives des migrants subsahariens et place de la maladie - Projet ANRS Parcours”, *Congrès de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (Aidelf)*, Bari, Italie, Mai 2014

Posters

“Migration and HIV/Aids: a double penalty? Impacts of migration and diagnosis on Sub-Saharan migrant women' living conditions in France”, *6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health*, Oslo, Norvège, Juin 2016.

“Vivre avec le sida ou l'hépatite B quand on est migrant subsaharien en France : bien-être perçu et difficultés de vie selon le moment de l'arrivée et du diagnostic” *Afravivh* (7^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites), Montpellier, France, Avril 2014.

Autres interventions

“Combien de temps faut-il aux migrants subsahariens pour s'installer en France?”, *Symposium ANRS à l'Afravivh* « Migrants d'Afrique subsaharienne et politiques migratoires en Europe : quel impact pour le VIH et les hépatites ? », Bruxelles, Belgique Avril 2016

“Parcours d'installation en France”, *Séminaire COREVIH Ile de France-Ouest*, Paris, France, Octobre 2015

“Trajectoires d'installation des migrantes subsahariennes dans l'enquête ANRS Parcours”, *Journée du COREVIH Ile-de-France Sud*, Paris, France, Décembre 2014

“Trajectoires d'installation des migrants subsahariens dans l'enquête Parcours”, *Journée INED-Sage*, « Construire et analyser les trajectoires en démographie », Strasbourg, France, Octobre 2014

impact

(in-pakt') nom masculin

Terme de balistique. Point d'impact, point où la trajectoire du centre d'un projectile rencontre une cible.

du latin. impactum, impingere, heurter.

Dictionnaire Littré

Les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont en France parmi les plus touchées par le VIH/sida et l'hépatite B chronique. Dans la grande majorité des cas, ces infections, VIH ou hépatite B, sont diagnostiquées après l'arrivée en France ; ce diagnostic survient donc après les bouleversements qu'engendre nécessairement toute migration. Quel est alors l'impact d'un tel diagnostic, dans des vies marquées par la migration ?

Dans le dictionnaire, le terme d' « impact » est un terme de balistique et désigne précisément ce point où la trajectoire d'un objet peut être déviée après avoir rencontré ou heurté une cible. Dans le cadre de cette thèse, nous souhaitons comprendre comment la maladie (VIH/sida ou hépatite B) peut faire dévier ou non la trajectoire des individus, tout en tenant compte du fait que d'autres forces peuvent faire dévier la trajectoire, que d'autres phénomènes comme la migration peuvent influencer sur les parcours des individus.

L'objectif de cette thèse est ainsi de s'interroger sur l'impact du VIH/sida ou de l'hépatite B dans la vie des personnes venant d'un pays africain et qui vivent aujourd'hui en France.

1. Les migrants d'Afrique subsaharienne en France : une population particulièrement touchée par le VIH/sida et l'hépatite B

Bien que la population des migrants d'Afrique subsaharienne soit le deuxième groupe le plus touché par l'épidémie de VIH/sida en France après les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Cazein et al. 2015), la prise en compte de la spécificité de l'épidémie dans cette population est récente.

La constitution d'un problème de santé publique vient de la traduction d'une réalité sociojuridique en entité médicale, puis en enjeu politique (Fassin 2005). Dans le cas du VIH/sida et des migrants d'Afrique subsaharienne, cette difficile traduction s'est doublée d'une peur de stigmatiser une population déjà exposée au racisme et aux discriminations en France.

Au cours des années 2000, les migrants d’Afrique subsaharienne ont progressivement été rendus visibles dans le champ du VIH/sida comme un groupe particulièrement touché par cette infection. En 1999, l’Institut National de Veille Sanitaire (InVS) publie son premier rapport sur « la situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France » dans lequel on peut lire que 14% des cas déclarés de sida concernent des « sujets de nationalité étrangère » (Savignoni et al. 1999). Ce rapport constitue un tournant dans l’émergence tardive des recherches sur les migrants dans le champ du VIH/sida (Marsicano 2012). Les données épidémiologiques du début des années 2000 viennent confirmer la part importante de migrants d’Afrique subsaharienne, et notamment des femmes, dans l’épidémie de VIH/sida en France. Dès 2001, le plan national de lutte contre le VIH/sida se donne pour objectif de « rendre partout visible dans la communication grand public sur le VIH, la diversité culturelle, afin que les campagnes d’information atteignent les migrants » (Plan National de Lutte Contre le VIH/Sida 2001-2004).

En France, les migrants d’Afrique subsaharienne représentaient 31% des découvertes de séropositivité pour le VIH en 2013, ce qui correspond à 1940 cas sur 6220 cette année-là (Cazein et al. 2015). Cette proportion importante des migrants africains parmi les nouveaux cas de VIH est une réalité dans toute l’Europe (ECDC/ WHO 2014). Les femmes sont les plus touchées: 61% des cas de séropositivité pour les personnes d’Afrique subsaharienne sont des femmes (Cazein et al. 2015). Ceci s’explique par un risque accru de transmission du VIH pour les femmes lors de rapports sexuels par rapport aux hommes (Glynn et al. 2001) mais également par une vulnérabilité sociale (due à l’articulation entre situations de pauvreté et rapports de genre inégalitaires) qui peut limiter les possibilités pour les femmes de s’engager dans une sexualité qu’elles ont choisie et d’adopter des moyens de prévention (Lydié 2008).

Bien que ces chiffres élevés d’incidence reflètent partiellement la prévalence du VIH dans les pays d’origine, une partie de ces contaminations a lieu en France. En effet, dès 2007 une étude de l’InVS montrait que 26 % des personnes originaires d’Afrique subsaharienne séropositives en France étaient infectées par le sous-type B du virus VIH, très rare dans les pays d’Afrique subsaharienne (Lucas et al. 2012). Plus récemment en 2015, les résultats de l’enquête Parcours ont permis de revoir cette proportion à la hausse et de montrer qu’entre un tiers et la moitié des personnes migrantes d’Afrique subsaharienne ont contracté le VIH une fois arrivées en France, ce qui appelle à redéployer les efforts de prévention vers cette population, en plus des programmes de dépistage et de prise en charge (Desgrées du Loû et al. 2015). Ces

résultats convergent avec des études au niveau européen (Rice et al. 2012; Fakoya et al. 2015).

Dans le sillage de la mobilisation contre le VIH/sida, les hépatites apparaissent petit à petit sur le devant de la scène. L'hépatite B chronique constitue en effet une épidémie généralisée en Afrique subsaharienne puisque malgré le manque de données fiables, sa prévalence est estimée à 8,83% en Afrique avec des variations importantes selon les pays (Schweitzer et al. 2015). La plupart des personnes l'ont contractée dans l'enfance, que ce soit dans le cadre d'une transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou lors de contaminations dites horizontales¹ pendant la petite enfance (Martinson et al. 1998; Andersson et al. 2015). En France, la prévalence de l'AgHBs, marqueur de l'hépatite B chronique était de 5,25% chez les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne en 2004 contre 0,65% en population générale (InVS 2009). Parmi tous les patients nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique entre 2008 et 2009, 40% venaient d'un pays d'Afrique subsaharienne (soit 671 cas sur 1665). L'hépatite B chronique touche plus les hommes : parmi les migrants africains souffrant d'une hépatite B chronique, 63% d'entre eux sont des hommes, pourcentage comparable à celui observé chez les patients nés en France (Lot et al. 2012). Le premier plan national qui intègre la question de la lutte contre l'hépatite B est mis en place en 2002-2005² ; le deuxième plan de 2009-2012 met en avant la nécessité d'encourager le dépistage et la vaccination si besoin parmi les personnes venant de zones de moyenne et forte endémie, l'Afrique subsaharienne étant citée parmi ces zones. Un rapport récent souligne également l'enjeu de la réduction des inégalités sociales de santé dans la prise en charge des hépatites par rapport aux personnes originaires de pays à endémicité moyenne ou élevée (ANRS et AFEF 2014).

Ainsi, les migrants d'Afrique subsaharienne constituent des « populations-clefs » des programmes de lutte contre le sida et les hépatites. Cependant, les connaissances sur les circonstances et la vie avec l'infection (que ce soit le VIH ou l'hépatite B) dans cette population sont encore relativement parcellaires. L'enquête KABP Migrants (2005) a permis de montrer que si les populations originaires d'Afrique subsaharienne en France connaissaient bien les modes de transmission du VIH et qu'elles avaient un fort recours au dépistage du VIH, les traitements étaient encore méconnus. Les résultats de l'enquête indiquaient

¹ La contamination horizontale s'oppose à la contamination verticale (d'une génération à l'autre, ici de la mère à l'enfant). La contamination horizontale peut avoir lieu par le contact avec le sang ou la salive (partage du plat, des ustensiles de cuisine et de toilette ...).

² Le premier plan national de lutte contre les hépatites en France en 1999-2002 ne concernait que l'hépatite C.

également que les personnes en situation de précarité sociale et administrative pouvaient avoir un accès incertain à la prévention, montrant par là l'imbrication entre des trajectoires sociales et de santé (Lydié 2007). Ces résultats font écho à ceux de l'enquête ANRS Vespa2, qui a interrogé en 2011 un échantillon représentatif de toutes les personnes vivant avec le VIH en France et qui permet de constater que, parmi ces dernières, les migrants d'Afrique subsaharienne sont les personnes qui sont dans la situation socioéconomique la plus défavorable. En effet, avec un revenu médian de 964 euros chez les hommes et 783 euros chez les femmes, les difficultés financières concernent 49% des hommes et 56% des femmes migrants d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH, alors qu'elles touchent un tiers de l'ensemble de la population vivant avec le VIH (Lert et al. 2013). Il semble donc que les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH soient dans une situation plus difficile que les autres et que cette situation pourrait compliquer la vie avec l'infection.

Les connaissances sur la vie avec une hépatite B sont, quant à elles, encore plus fragmentaires. Les dernières données de prévalence datent de 2004 ; la réalité de la vie avec une hépatite B chronique est mal connue, malgré plusieurs travaux qualitatifs qui soulignent notamment les carences de l'offre de dépistage et de la prise en charge médicale et sociale (Enel 2012; Pourette 2013). Cette absence de connaissances sur les circonstances de la vie avec une hépatite s'explique par une moindre mobilisation des pouvoirs publics et de la société civile sur cette question jusqu'aux années récentes.

De plus, les migrants apprennent bien souvent leur maladie dans des circonstances particulières, celles de la migration. En effet, le diagnostic de ces deux maladies intervient souvent après l'arrivée en France, alors que ces personnes ont laissé dans leur pays leur travail, et parfois leur famille, leur entourage (Desgrées du Loû et al. 2012) et qu'elles n'ont pas encore stabilisé leur installation en France, ce qui peut compliquer la prise en charge médicale.

2. Migration et maladie : comment approcher une réalité complexe ?

« *La maladie constitue bien une épreuve particulière dans une expérience d'immigration* » écrit Didier Fassin, « *tout comme le fait d'être immigré modifie profondément l'expérience de la maladie. Bien plus qu'une question de spécificité culturelle que déterminerait l'origine différente ou de vulnérabilité particulière qui fragiliserait nécessairement l'étranger, il s'agit d'une tension entre deux conditions, celle de malade et celle d'immigré* » (Fassin 2001). Comment le fait d'être migrant modifie-t-il l'expérience de la maladie ? Quel est l'impact de

la maladie, VIH/sida ou hépatite B, dans des vies déjà marquées par la migration ? Et comment différencier, dans l'expérience des personnes, ce qui relève de la migration et ce qui relève de la maladie ? Le fait que les migrants d'Afrique subsaharienne soient, parmi les personnes qui vivent avec le VIH en France, celles qui connaissent les conditions de vie les plus dégradées est-il seulement le reflet de l'impact de la migration, ou la maladie renforce-t-elle les difficultés sociales liées à la migration, et si oui de quelle manière ?

La migration elle-même est un événement majeur de la vie des personnes, en ce qu'elle les projette dans un nouvel environnement où elles doivent reconstruire un projet professionnel, un entourage, des habitudes. Elle occasionne des ruptures d'activité (Akresh 2008), des séparations de long terme avec la famille (Baizán, Beauchemin et Gonzáles-Ferrer 2014), autant d'éléments qui peuvent aussi survenir suite au diagnostic de maladies graves et potentiellement stigmatisantes, comme le sont le VIH/sida et, dans une moindre mesure, l'hépatite B.

Dans le cas de personnes ayant découvert leur maladie après une migration, ces deux événements peuvent ainsi interférer, s'imbriquer, et doivent donc être analysés en rapport l'un avec l'autre. L'impact du diagnostic sur le parcours de vie chez des migrants africains est donc lié à de multiples aspects: conditions et raisons du départ du pays d'origine, conditions d'accueil en France, législations concernant le droit au séjour des étrangers et le droit aux soins, disponibilité des traitements antirétroviraux, représentations attachées au VIH... Autant de dimensions à prendre en compte dans l'analyse, si l'objectif est de saisir l'impact du diagnostic sur l'ensemble des aspects de la vie des personnes. Ainsi, il paraît nécessaire dans l'analyse de tenir compte de deux temporalités : premièrement, il faudrait pouvoir replacer l'arrivée de la maladie dans le parcours de vie de l'individu et en particulier par rapport à la migration, ensuite, il faudrait aussi pouvoir examiner ce parcours de vie en prenant en compte le contexte social, juridique et médical dans lequel ce parcours se déroule, et ainsi comparer l'impact du diagnostic entre différentes époques.

L'étude des trajectoires biographiques comme point d'entrée

Pour comprendre de quelle manière la migration s'articule avec la maladie, partir des trajectoires individuelles est une voie privilégiée. La première approche qui peut être utilisée pour recueillir des trajectoires individuelles est d'organiser un suivi longitudinal d'une population (comme pour un suivi de cohorte), toutefois il s'agit d'une approche coûteuse financièrement et en termes de temps, puisqu'il faut atteindre un certain nombre d'années

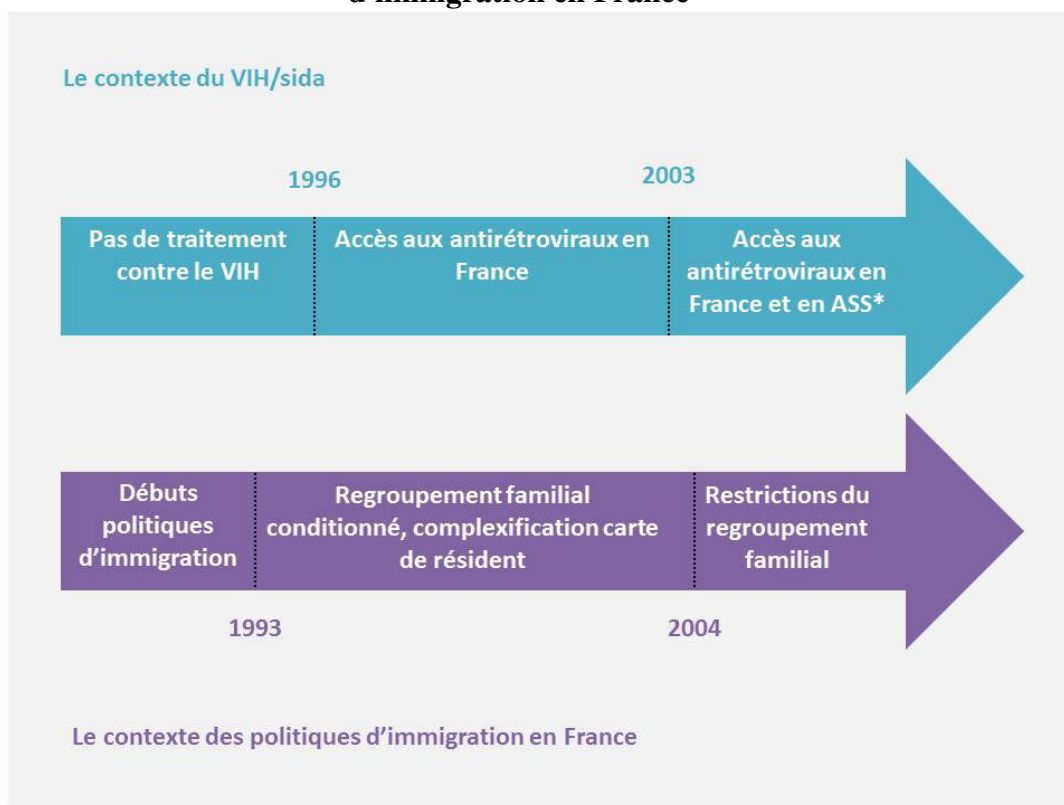
pour pouvoir exploiter des données. La deuxième possibilité est l'approche rétrospective qui est utilisée depuis longtemps par les anthropologues et qui consiste à faire raconter toute sa vie à une personne. Depuis les années 1980, les démographes ont développé une approche quantitative de cette collecte biographique qui est précisément conçue pour restituer avec précision et qualité la succession ou la concomitance des différents événements qui structurent le parcours de vie (les lieux de vie, les activités, les unions, les enfants, etc.)(GRAB 1999; GRAB 2006). Elle permet de mener des analyses statistiques, soit pour mesurer les interdépendances entre processus au sein des trajectoires, soit, de façon plus holistique, pour appréhender les trajectoires dans leur ensemble en prenant les parcours de vie comme unité d'analyse.

Depuis, l'enquête LIWA (Living with Antiretrovirals) menée en Thaïlande en 2002 a établi l'utilité de telles enquêtes dans le domaine du VIH/sida, en montrant notamment comment l'accès aux antirétroviraux était facilité pour les femmes séropositives par rapport aux hommes, car les femmes sont souvent dépistées et traitées au cours d'une grossesse (Le Coeur et al. 2005; Le Coeur et al. 2009). Ces enquêtes rétrospectives biographiques permettent en effet de reconstruire l'ensemble de la trajectoire des individus et de replacer la maladie dans les parcours individuels.

Des histoires qui s'inscrivent dans un contexte qui évolue

L'étude des trajectoires individuelles – ici, celles des personnes migrantes – n'évince pas la question du contexte lui-même en évolution dans lequel ces trajectoires se déploient. En effet, pour considérer l'impact de la maladie il faut prendre en compte le durcissement des politiques d'immigration ou encore l'évolution rapide de la prise en charge du VIH (Figure 1).

Figure 1. Évolution de l'accès au traitement antirétroviral et de la politique d'immigration en France



*ASS : Afrique subsaharienne

Figure A. Gosselin

La découverte de la séropositivité au VIH n'a probablement pas les mêmes conséquences selon qu'elle ait eu lieu au début de l'épidémie alors que le pronostic vital était très sombre ou plus récemment dans les dernières années : ce n'est qu'à partir du début des années 2000 que les personnes vivant dans un pays d'Afrique subsaharienne ont eu accès aux antirétroviraux, d'abord via les programmes de prévention mère-enfant, puis plus largement. Cependant, bien qu'il ait progressé, l'accès aux traitements demeure problématique dans ces pays puisque le taux de couverture estimé était de 37% en 2014 (UNAIDS 2014). En France, l'accès aux thérapies antirétrovirales existe depuis 1996, et le taux de couverture était estimé à 60% en 2010 (Supervie & Costagliola 2013). Le VIH est considéré comme une Affection Longue Durée qui permet de couvrir 100% des dépenses de santé des personnes infectées affiliées à la Sécurité Sociale. Les personnes en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État (AME) et avoir ainsi accès aux traitements antirétroviraux gratuitement.

La politique d'immigration de la France a largement évolué dans les dernières décennies. De manière générale, depuis la fermeture des frontières en 1974, l'État français met en œuvre une politique d'immigration destinée à limiter les flux d'entrée en France : les politiques de regroupement familial ont participé à la féminisation des flux d'immigration jusque-là plutôt

caractérisés par la prédominance d'hommes venus en France pour travailler. En 1980, la loi Bonnet durcit les conditions d'entrée en France et facilite les expulsions d'étrangers sans-papiers (Tardieu 2006). Après son élection en 1981, le gouvernement socialiste instaure la carte de résident de 10 ans, autorise les personnes étrangères à fonder des associations et régularise 127 000 personnes. Cependant, les lois Pasqua en 1993 durcissent les conditions du regroupement familial et accélèrent les expulsions de migrants sans papiers.

Entre 2004 et 2007, une série de lois qui s'inscrit dans un cadre européen avec le vote en 2003 de la Directive 2003/86/EC (appelée « EU Family Reunification directive ») a considérablement durci les conditions du regroupement familial en France et en Europe (Block et Bonjour 2013; Vickstrom 2013). En 2004, une nouvelle mesure stipule que la personne qui a rejoint un membre de la famille peut se voir retirer son titre de séjour dans les deux ans qui suivent son arrivée si le lien familial est rompu, cette période a été étendue à trois ans en 2006. En 2006 également, de nouvelles conditions pour le regroupement familial apparaissent : écart d'âge maximum entre les conjoints (18 ans), que la personne qui réside déjà en France puisse faire état d'une résidence considérée comme « normale » en France, de plus elle doit avoir résidé en France au moins 18 mois et non 12 mois comme auparavant. En 2007, la loi dite « Hortefeux » prévoit que la personne qui réside déjà en France puisse justifier de 100% à 120% du salaire minimum et instaure l'obligation pour le migrant qui rejoint sa famille de passer un test portant sur la maîtrise de la langue française et les valeurs républicaines. Les associations rapportent en conséquence la baisse du nombre de cartes de séjour délivrées au nom du regroupement familial (Gisti 2014) ; la proportion de titres délivrés pour motifs familiaux semble en effet avoir fortement diminué entre 2007 et 2012 et retrouve son niveau du début des années 2000 (Mazuy, Barbiery, et d'Albis 2014). Ces deux dimensions du contexte, médical et juridique, sont à prendre en compte dans l'étude des trajectoires individuelles.

3. Immigré, migrant : le choix des termes

La population qui nous intéresse est celle des personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et qui vivent aujourd'hui en France, population dont on a vu qu'elle est particulièrement affectée par le VIH/sida et l'hépatite B, bien souvent diagnostiquée après leur migration vers la France.

Nous préférons le terme de migrant, largement utilisé dans la communauté scientifique du VIH, plutôt que le terme d'immigré qui n'est peu ou pas usité dans le champ de la lutte contre

le VIH/sida. Bien que le terme de « migrant » mette l'accent sur le moment de la migration même, nous nous intéressons à l'ensemble de la population née dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant aujourd'hui en France, quelle que soit sa durée de séjour en France et son statut légal ou sa nationalité aujourd'hui. Le terme de migrant englobe donc aussi bien des personnes primo-arrivantes que des personnes installées depuis longtemps en France et ayant éventuellement la nationalité française aujourd'hui (cf. Encadré 1).

Ladite « crise des réfugiés » au cœur de l'actualité au moment d'écrire cette thèse a mis en avant la situation des personnes qui quittent leur pays pour fuir les conflits et demandant l'asile en France ou dans d'autres pays d'Europe. Les personnes reconnues réfugiées sont placées sous la protection juridique et administrative de l'OFPRA³; elles ont vocation à bénéficier d'une carte de résident valable dix ans. Ces personnes font partie de notre population d'intérêt en tant que personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne vivant en France.

Encadré 1. La définition du terme « migrant » utilisé dans cette thèse

Définition

Les migrants subsahariens sont définis dans ce travail de thèse comme des personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (Afrique de l'Ouest, de l'Est, Centrale, Australe, ainsi que Madagascar et les Comores), de nationalité de l'un de ces pays à la naissance, quels que soient leur statut administratif (nationalité française, titre de séjour, « sans-papiers ») ou leur durée de séjour en France.

4. Le VIH/sida et l'hépatite B chronique: similitudes et différences

L'étude prend en compte deux maladies, le VIH et l'hépatite B, car ces deux maladies infectieuses touchent particulièrement la population subsaharienne vivant en France, comme on l'a vu précédemment. De plus, elles ont en commun certains modes de transmission (sexuel, transfusions sanguines et de la mère à l'enfant) et l'existence d'une phase asymptomatique avant la phase d'activation de la maladie. Cependant ces deux maladies ont des implications médicales et sociales fort différentes.

Une personne atteinte d'hépatite B chronique peut être ce qu'on appelle un « porteur inactif », et ne pas avoir besoin de traitement antiviral pendant des années, voire jamais. Or, si le VIH a également une phase asymptomatique, celle-ci dure moins longtemps et sans traitement,

³ "Le terme de réfugié s'applique à toute personne 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; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner» (OFPRA 2016).

l'immunité décroît pratiquement toujours. Si un diagnostic VIH n'entraînait pas automatiquement une mise sous traitement au début de l'ère des antirétroviraux en 1996, cette mise sous traitement intervenait dès que le taux de lymphocytes CD4 dans le sang devenait trop bas après l'arrivée des traitements en 1996⁴. Pour l'hépatite B chronique, la mise sous traitement concerne une minorité des personnes qui ont une atteinte hépatique : dans une étude menée en France en 2008-2009 dans les pôles de référence de prise en charge des hépatites, 36.6% des patients suivis avaient une fibrose hépatique sévère ou modérée, ce qui constitue une indication de traitement (Larsen et al. 2010).

Figure 2. Comparaison des maladies VIH/sida et Hépatite B chronique

	VIH/Sida	Hépatite B chronique
Histoire naturelle	Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) Maladie asymptomatique dans les premières années, chute progressive des lymphocytes CD4 En l'absence de traitement, évolution en une dizaine d'années vers le Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquise (Sida)	Infection par le Virus de l'Hépatite B (VHB) 5-10 % développent infection B chronique (70-90% chez les nouveaux-nés) ≈30% porteurs inactifs de l'antigène HBs ≈70% hépatite B chronique active: évolution lente vers la fibrose avec risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire
Modes de transmission	- Materno-foetale (accouchement) - Sexuelle (rapports non protégés) - Sanguine (aiguilles, transfusion, etc.)	- Materno-foetale (accouchement) - Sexuelle (rapports non protégés) - Sanguine (aiguilles, transfusion, etc.) - Contaminations horizontales dans la petite enfance
Prévalence en Afrique subsaharienne	4,5% des 15-49 ans	8,8%
Incidence en France parmi les migrants d'Afrique subsaharienne	31% des nouveaux cas en 2013 (=1940 cas) dont 39% d'hommes et 61% de femmes	40% des nouvelles prises en charge en 2004 (soit 1243 cas) dont 63% d'hommes et 37% de femmes
Traitement	- Depuis 1996: tri-thérapies antirétrovirales - Recommandations françaises de 2013: traitement universel (rapport Morlat)	Conditions d'éligibilité traitement: hépatite B chronique active avec fibrose significative 2 possibilités: ▪ Injections d'interféron (effets secondaires importants) ▪ Traitement antiviral au long cours
Vaccin	Résultats décevants des candidats vaccins	Oui

Figure A. Gosselin, d'après Cazein et al.2015, Schweitzer et al.2015, Lot et al. 2012, Larsen et al. 2010.

Les caractéristiques purement médicales de la prise en charge de ces deux maladies peuvent ainsi moduler l'expérience de la maladie chez les personnes (Figure 2).

⁴ Depuis 2015, les recommandations internationales sont de mettre sous traitement dès le diagnostic, et ce quel que soit le niveau des CD4 puisque le traitement précoce a non seulement des effets bénéfiques pour le patient, mais prévient également la transmission du virus au niveau populationnel (Cohen et al. 2011; WHO 2015).

De plus, si les réalités médicales diffèrent, les contextes sociaux autour de ces deux pathologies sont eux aussi distincts.

Premièrement, les représentations sociales associées à chacune des maladies ne sont pas semblables. Le VIH/sida est une maladie qui a été très stigmatisée dès son apparition à la fin des années 1980. Désignée d'abord comme « le cancer gay » puis dans les médias comme la maladie des 4H (pour Homosexuels, Haïtiens, Héroïnomanes et Hémophiles), le virus du VIH est encore aujourd'hui l'objet de représentations négatives (Parker et Aggleton 2003) et les personnes atteintes souffrent encore aujourd'hui de discriminations (Lydié 2007, Marsicano et al. 2014). Bien que peu d'études aient été menées sur l'impact de l'hépatite B chronique, il s'agit d'une maladie *a priori* moins stigmatisante, aussi en raison de la possibilité de vacciner et donc de protéger l'entourage. Cependant, une étude récente parmi les migrants subsahariens montre que l'annonce de l'hépatite B donne lieu à des situations très contrastées; certains patients vivent plutôt bien avec leur maladie tandis que pour d'autres, celle-ci provoque une véritable rupture, avec une confusion possible avec le VIH et des personnes qui arrêtent toute vie sexuelle par peur de la contamination (Pourette 2013).

Deuxièmement, les politiques publiques en France à la fois en termes d'organisation des soins et de contrôle de l'immigration ont mené à la prise en charge différenciée de ces deux maladies. En effet, les patients migrants séropositifs pour le VIH peuvent avoir accès au titre de séjour dit « pour soins » de manière quasi systématique, ce qui n'est pas du tout le cas pour les personnes atteintes d'hépatite B chronique. Le titre de séjour pour soins⁵ a en effet été mis en place en 1998, afin d'octroyer un titre de séjour aux étrangers malades qui souffraient d'une maladie grave et pour qui l'accès au traitement n'était pas possible dans le pays d'origine. En 2011, les conditions de délivrance de ce titre dit « pour soins » se sont durcies, le conditionnant non pas à l'accès au traitement dans le pays d'origine mais à sa totale absence, bien qu'une circulaire de 2011 soit venue nuancer ce durcissement en ce qui concerne le VIH en rappelant aux préfetures que les antirétroviraux ne peuvent pas être considérés comme accessibles dans l'ensemble des pays en voie de développement (*Instruction de novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves* 2011). Les flux des premiers accès au titre de séjour pour soins sont stables : de 7422 en 2004 à 6549 en 2012 (Chièze et al. 2013). Des travaux récents ont également montré à quel point le diagnostic du VIH est susceptible de déclencher une prise en charge globale des personnes migrantes, que ce soit au

⁵ En réalité une carte de séjour vie privée et familiale, le plus souvent d'un an renouvelable

niveau des services hospitaliers ou des associations africaines de personnes vivant avec le VIH alors que les personnes atteintes d'hépatite B chronique ne bénéficient pas du tout de cette prise en charge globale (Pourette 2013, Gerbier-Aublan 2016).

Ainsi, des différences liées aux manifestations de la maladie et à son traitement ainsi qu'au contexte social dans lesquelles évoluent les patients laissent à penser que leur impact sur la vie des personnes sera différent.

5. Objectifs de la thèse

L'objectif principal de la thèse est de déterminer quels sont les impacts des diagnostics du VIH et de l'hépatite B chronique dans des vies qui sont déjà marquées par la migration, en l'occurrence une migration de l'Afrique subsaharienne vers la France, afin d'améliorer la prise en charge de ces maladies dans cette population. L'impact est ici compris en un sens très large et peut concerner à la fois les conditions d'existence (le logement, le travail, les papiers) comme la vie affective et le bien-être.

Viennent s'ajouter à cet objectif général deux sous-objectifs. Le premier, d'ordre empirique, est de décrire finement les trajectoires d'installation des migrants subsahariens en France, peu ou pas connues à ce jour. En effet, dans le but de comprendre l'impact du diagnostic dans des vies marquées par la migration, mieux caractériser les situations sociales engendrées par la migration même paraît indispensable. Le deuxième, d'ordre plus méthodologique, est de continuer, à la suite des enquêtes menées en Thaïlande (Le Coeur et al. 2005; Pannetier, Lelièvre et Le Coeur 2015), de mettre à disposition et d'adapter des méthodes d'analyse démographique des biographies au service d'une question de santé publique.

Pour répondre à l'ensemble de ces objectifs, ce sont les données de l'enquête quantitative biographique ANRS Parcours « Parcours de vie, VIH/sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France », menée en 2012-2013 dans 74 structures de santé d'Ile-de-France, qui sont mobilisées.

6. Structure de la thèse

Dans le premier chapitre est décrite l'enquête sur laquelle repose ce travail de thèse, l'enquête ANRS Parcours. Il s'agit d'une enquête originale dans le paysage français, puisqu'elle a permis de collecter des données détaillées sur les parcours de vie de 2468 migrants subsahariens qui ont le VIH/sida, ou l'hépatite B, ou bien aucune de ces deux maladies. Avant de s'intéresser à l'interaction entre maladie et migration, le second chapitre est consacré à la

description du processus d'installation des migrants subsahariens en France, moment au cours duquel la plupart apprennent leur maladie. Ensuite, le troisième chapitre traite de la question de l'impact de la maladie sous l'angle d'une typologie des différentes trajectoires possibles au moment du diagnostic VIH et hépatite B. Dans ce chapitre, les outils de l'analyse de séquence développés en sociologie et en démographie permettent de faire des typologies des parcours autour du diagnostic dans différentes dimensions et de formuler des hypothèses sur l'impact du diagnostic. À partir de celles-ci, le quatrième chapitre propose une mesure de l'impact des deux maladies et une analyse de ses déterminants, au regard de la migration. Enfin, une conclusion nous permettra de rappeler les principaux résultats de la thèse et leurs implications.

L'ENQUÊTE PARCOURS : UNE ENQUÊTE BIOGRAPHIQUE AUPRÈS
DES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Valorisations

- Article dans une revue à comité de lecture
Gosselin Anne, Desgrées du Loû Annabel et Pannetier Julie (à paraître), “Les migrants subsahariens face à la précarité résidentielle et administrative à l’arrivée en France : l’enquête ANRS Parcours » in *La population de la France face au VIH/sida* (Bergouignan ed.), Collection Populations Vulnérables

1. Le contexte de l'enquête Parcours

Depuis le début des années 2000, la communauté scientifique et tous les acteurs de la lutte contre le VIH se souciaient du poids important de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France. Dès 2002, une réflexion est menée à l'ANRS sur la nécessité d'explorer le lien entre sida et immigration, malgré les difficultés que cela représentait, tant d'un point de vue pratique qu'éthique (Fassin 2002). Un groupe de travail est constitué, qui conclut à la nécessité d'adopter une approche biographique : en effet, pour comprendre la situation des personnes face à l'infection, il a paru nécessaire de comprendre comment et quand survient la maladie dans les parcours migratoires et sociaux dans lesquels sont engagés les individus.

Au cours d'une première phase exploratoire pour réfléchir à la mise en œuvre d'une telle approche biographique pour comprendre les spécificités du VIH chez les migrants, en 2008 et 2009, il apparaît nécessaire d'intégrer la question de l'hépatite B. Il s'agit en effet d'une infection très prévalente aussi chez les migrants d'Afrique subsaharienne, et pour laquelle on ne dispose d'aucune recherche en dehors de données de prévalence datant de 2004 (Lot et al. 2012). L'enquête Parcours est alors mise en place, Parcours pour « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne ». Cette enquête dispose de deux volets : l'un qualitatif, et l'autre quantitatif.

Un premier volet qualitatif est mené en 2010 et 2011, en amont du volet quantitatif, pour explorer la question de la relation médecin-patient dans les services hospitaliers de prise en charge du VIH et de l'hépatite B. Cette recherche met alors en évidence l'absence de prise en charge globale des patients subsahariens atteints d'hépatite B chronique à l'inverse de la situation des migrants pris en charge pour un VIH, ainsi que les difficultés de compréhension autour de l'hépatite B qui conduisent certains patients à la confondre avec le VIH et à interrompre tout type de relation sexuelle afin de ne pas transmettre le virus, ignorant l'existence d'un vaccin (Pourette 2013).

L'enquête quantitative ANRS Parcours sur laquelle repose cette thèse a pour ambition de répondre à un questionnement plus large : il s'agit de comprendre comment les trajectoires de santé, et en particulier les infections à VIH et au VHB, s'articulent avec les autres éléments de la trajectoire de vie. En particulier, elle avait pour objectifs d'étudier le rôle du parcours de vie et de migration sur les comportements de prévention et de soins des Africains qu'ils soient ou non infectés par le VIH ou l'hépatite B, et d'étudier le rôle de la maladie (VIH ou hépatite B) sur la trajectoire sociale et administrative des Africains vivant en France. Le protocole de

l'enquête a été enregistré sur Clinicaltrials.gov (NCT02566148) et est également disponible dans son intégralité sur le site dédié à l'enquête (www.parcours-sante-migration.com)⁶

2. De l'hôpital à la médecine générale, la mise en œuvre de l'enquête Parcours dans les structures de santé

L'enquête Parcours est une enquête biographique rétrospective qui a été menée de février 2012 à mai 2013 auprès de trois groupes de migrants subsahariens : des personnes infectées par le VIH (quelles que soient les coinfections), des personnes ayant une hépatite B chronique (non infectées par le VIH) et des personnes n'ayant aucune de ces pathologies connues, afin de pouvoir identifier d'éventuelles spécificités propres à la maladie en général et à chacune de ces infections en particulier. Les coinfectés VIH-VHB seront donc recrutés dans le groupe VIH. En effet, en cas de coinfection VIH et VHB, c'est le suivi médical VIH qui prédomine. Il est adapté pour prendre en compte la coinfection par le VHB (certains antirétroviraux utilisés pour le VIH ayant aussi un effet sur l'hépatite B) mais le patient est suivi dans un service VIH. En matière de répercussions sociales de la maladie, c'est probablement aussi le VIH qui prédomine également. Les structures de santé ont été tirées aléatoirement pour chaque groupe (cf. Figure 3 et protocole en ligne⁷).

L'enquête a été menée en Ile-de-France auprès de personnes de 18 à 59 ans nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (Afrique de l'Ouest, de l'Est, centrale et australe, Madagascar et les Comores, pour la liste des pays par région cf. Annexe C) et de nationalité étrangère à la naissance, quelle que soit leur situation administrative lors de l'enquête (nationalité française, titre de séjour, sans titre de séjour) et quelle que soit leur date d'arrivée en France. Pour des raisons éthiques, les personnes des groupes VIH et Hépatite B devaient avoir été diagnostiquées depuis au moins trois mois (Encadré 2).

⁶ http://www.parcours-sante-migration.com/IMG/pdf/protocole_complet_francais_final_1910.pdf

⁷ cf. supra

Figure 3. L'échantillonnage de l'enquête Parcours

	VIH	Hépatite B	Médecine générale
Base de sondage	Tous les services hospitaliers prenant en charge le VIH en Ile-de-France	Toutes les structures publiques assurant le suivi de l'hépatite B et qui recevaient au moins 3 patients d'ASS par jour en moyenne	Base des centres de santé de la Fédération Nationale des Centres de Santé d'IDF + centres de consultation « précaires »*
Strates	Selon file active de patients d'Afrique subsaharienne dans les services: <u>5 strates</u> 1. <200 2. 200-299 3. 300-349 4. 350-600 5. >=600	Selon le type de structure: <u>4 strates</u> 1. Pôles de référence 2. Réseaux de santé 3. Comede 4. Structures hospitalières	Selon nb de migrants ds la commune & type structure: <u>5 strates</u> 1. <500 2. 500-800 3. 800-1600 4. >1600 5. Centres de consultation « précaires »*
tirage aléatoire			
Nombre de services enquêtés	24	20	30
% participation des individus	51%	67%	64%
Total des personnes enquêtées	926	779	763

* PASS, Comede, CASO de Médecins du Monde

PASS : permanences d'accès aux soins de santé à l'hôpital
COMEDE : centre de soins du Comité Médical pour les Exilés
CASO : centre de soins de Médecins du Monde

Encadré 2. Les conditions d'éligibilité dans l'enquête Parcours

- Être né dans un pays d'Afrique subsaharienne, de nationalité étrangère à la naissance
- Avoir entre 18 et 59 ans
- Pour les groupes VIH et hépatite B, avoir appris son infection à VIH ou hépatite B depuis plus de trois mois

Au sein de chaque service et centre de santé, les médecins assurant des consultations au cours desquelles ils rencontraient des patients nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été invités à participer à l'étude. Des centres de consultation destinés aux personnes en situation

de précarité ont également été échantillonnés dans un souci de représentativité de l'enquête. Les médecins proposaient aux patients de participer à l'étude lors de leur consultation et recueillaient le cas échéant leur consentement écrit. Ils remplissaient un court questionnaire médical d'une à deux pages pour les patients qui acceptaient de participer à l'étude et à l'issue de la consultation, ils orientaient les patients vers l'enquêteur qui réalisait l'entretien sur place, en face à face, immédiatement ou éventuellement ultérieurement sur rendez-vous, et dans une pièce fermée en toute confidentialité. Le questionnaire, strictement anonyme, était constitué d'un questionnaire CAPI articulé à une grille biographique, présentée plus loin, ce qui permet de collecter avec qualité la succession ou concomitance des différents événements du parcours de vie (GRAB 1999). Le questionnaire retraçait les grandes étapes de la vie de la personne dans divers domaines : santé, logement, ressources, vie professionnelle, vie affective, familiale et sexuelle, arrivée et séjour en France, réseaux d'entraide. L'entretien durait en moyenne 55 minutes. Un numéro d'identifiant permettait de faire le lien entre le questionnaire, la grille biographique et le questionnaire médical (pour les questionnaires médicaux et la grille biographique, cf. Annexes A et B).

Toutes les données ont donc été collectées de manière anonyme et le protocole de l'enquête Parcours a été approuvé par le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de recherche en Santé (CCTIRS) et par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Acceptabilité de l'enquête par les structures de santé

Proposer une enquête de ce type dans un cadre médical implique d'insérer un entretien d'environ une heure, mené par une personne extérieure au service (l'enquêteur), au sein du « flux tendu » des consultations médicales. L'acceptabilité même de l'enquête par les structures de santé sollicitées était incertaine.

Les structures de santé avaient été tirées au sort au sein d'une base de sondage différente pour chaque groupe d'étude (Figure 3). Le tableau 1 montre la proportion d'acceptation de l'enquête par ces structures de santé. Les services VIH sont ceux qui ont le mieux accepté l'enquête. En effet, dans ces services, les médecins ont une grande habitude de la recherche interdisciplinaire et depuis trente ans de lutte contre le sida ont été « acculturés » aux recherches en sciences sociales, la lutte contre le sida étant construite sur le dialogue entre médecins, chercheurs, associations de patients, et décideurs, et la recherche elle-même structurellement multidisciplinaire. C'est beaucoup moins le cas dans le domaine des

hépatites, et le taux d'acceptation de l'enquête par les services spécialisés dans les hépatites a été beaucoup moins élevé et l'enquête plus longue à démarrer.

Tableau 1. Proportion d'acceptation des structures de santé sollicitées, par groupe

	Groupe VIH	Groupe Hépatite B	Groupe médecine générale
Type de structures sollicitées	Services hospitaliers spécialisés	Services hospitaliers spécialisés 1 réseau de médecins de ville COMEDE	Centres de santé PASS COMEDE CASO
Nombre de structures sollicitées	27	26	120
Taux d'acceptation	89% (24)	77% (20)	25% (30)

PASS : permanences d'accès aux soins de santé hospitalières
COMEDE : centre de soins du Comité Médical pour les Exilés
CASO : centre de soins de Médecins du Monde

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Cependant, c'est avec les structures de santé généralistes que l'écart est vraiment important : dans ce troisième groupe, seul un centre sur quatre a accepté de participer. Il a fallu solliciter 120 centres pour en recruter 30. Le principal élément d'explication est que la recherche fait partie explicitement des missions des professionnels de santé à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas dans les centres de santé. Le tableau 2 montre les variations d'acceptation dans ces centres de santé selon le type de centres. Les centres privés ou mutualistes n'ont pas accepté l'enquête, bien souvent en invoquant un manque de place pour conduire les entretiens de façon confidentielle.

Tableau 2. Proportion d'acceptation des centres de médecine générale selon le type de centre

	Mutualiste	Privé à but lucratif	Associatif	Municipal	PASS Comede CASO
Nombre de centres sollicités	7	2	24	67	9
Taux d'acceptation(effectifs)	0% (0)	0% (0)	13% (3)	31% (21)	67% (6)

PASS : permanences d'accès aux soins de santé hospitalières
COMEDE : centre de soins du Comité Médical pour les Exilés
CASO : centre de soins de Médecins du Monde

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Au niveau des structures de santé, la mise en œuvre de l'enquête Parcours a donc été plus aisée en hôpital qu'en centres de médecine générale, principalement pour des raisons d'acculturation à la recherche scientifique.

Acceptabilité de l'enquête par les individus

La question se posait de l'acceptabilité par les personnes nées en Afrique subsaharienne d'une telle enquête avec un questionnaire d'environ une heure qui abordait des questions intimes, et ce, bien que le cadre médical garantisse une bonne confidentialité.

Selon les groupes d'étude, le taux de participation à l'enquête par rapport aux éligibles varie de 51% à 64% (Figure 3) (l'absence de participation pouvant être due au refus du médecin, qui pouvait ne pas proposer l'enquête à son patient s'il estimait que celui-ci n'était pas en état d'y participer, au refus du patient ou à une maîtrise insuffisante de la langue. Sur ce dernier point, cf. infra). Ces chiffres ne sont pas comparables entre les groupes d'étude car il est vraisemblable que la qualité de remplissage des registres qui permettaient de mesurer le nombre d'éligibles varie d'un groupe à l'autre (les services VIH, plus accoutumés à ce type d'enquête ont sans doute plus systématiquement collecté les informations sur les éligibles, y compris ceux à qui l'enquête n'était pas proposée. Ceci est sans doute moins le cas dans les autres groupes). Cependant ces taux de participation sont tout à fait satisfaisants par rapport à d'autres enquêtes.

L'apport de la procédure de rendez-vous pour la participation à l'enquête

La procédure de retour sur rendez-vous qui avait été proposée en cas de manque de temps disponible à la fin de la consultation a été un succès : parmi les rendez-vous pris, plus de 6 sur 10 ont été honorés par les enquêtés et la part des entretiens menés grâce à cette procédure est importante : dans le groupe médecine générale, 41% des entretiens ont été rendus possibles grâce à cette proposition de rendez-vous sans laquelle l'objectif de recrutement n'aurait pas été atteint.

Les problèmes de langue

D'autre part, dans une enquête sur une population d'origine étrangère, il était nécessaire de ne pas exclure du recrutement les personnes ne parlant pas le français, qui peuvent connaître des situations de vie et des obstacles spécifiques dans leur vie en France.

Pour pallier ces problèmes de langue et toucher dans l'enquête les personnes parlant mal ou pas le français, deux procédures ont été mises en place : premièrement, une traduction en

anglais du questionnaire CAPI pouvait être proposée en anglais par les enquêteurs IPSOS à l'aise avec cette langue. La passation en anglais a concerné, dans les centres où elle était disponible, 0,4% (14/3209) des éligibles et 0,7% (14/1880) des enquêtés. Deuxièmement, dans 12 services considérés comme les plus concernés par les problèmes de langue (PASS, Comede, certains services qui le demandaient), un rendez-vous avec interprète⁸ était proposé aux patients si nécessaire. Cette possibilité d'enquête avec interprète, qui impliquait que l'enquêté prenne rendez-vous et revienne dans le service pour l'entretien avec interprète, a été utilisée par 0,95% (9/944) des éligibles dans les 12 centres où elle était disponible. Dans ces 12 centres, la proportion de personnes ayant des problèmes de compréhension du français peut être estimée à 4,8% (22 refus pour problème de langue et 23 rendez-vous pris avec un interprète sur un total de 944 éligibles). Lorsqu'il était disponible, le système d'enquête sur rendez-vous pour assurer un interprétariat a donc permis de contourner l'obstacle de la langue dans un cas sur cinq⁹.

Représentativité de l'enquête Parcours

En France, les migrants peuvent avoir accès aux soins quel que soit leur statut juridique : s'ils ont une carte de séjour ou un récépissé de carte de séjour ils peuvent avoir des droits ouverts à la Sécurité Sociale (par le travail ou via la CMU), s'ils sont en situation irrégulière, au bout de trois mois de résidence en France ils peuvent bénéficier de l'AME. Ainsi, les migrants consultant en centres de santé sont dans des situations très diverses. Le fait d'avoir aussi recruté dans des structures qui accueillent beaucoup de primo-arrivants et de personnes précaires a donc permis de renforcer la représentativité de l'étude. Comme l'Ile-de-France est la région où résident 60% des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France (INSEE 2012), les résultats peuvent être extrapolés dans une certaine mesure à l'ensemble des migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France.

Afin de prendre en compte les biais de recrutement liés au plan de sondage, les données ont été pondérées selon la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'enquête.

Avec cette pondération, le groupe VIH est représentatif des migrants vivant avec le VIH en Ile-de-France. En effet dès qu'une personne est diagnostiquée VIH, elle est suivie dans un des

⁸ La société Inter Service Migrants (ISM) a été sollicitée pour envoyer des interprètes pour assister l'enquêteur et les interprètes ont été formés au questionnaire.

⁹ 23 rendez-vous avec interprète ont été fixés et 9 seulement ont été honorés par l'enquêté. Dans 14 cas l'interprète s'est déplacé sans succès.

services hospitaliers spécialisés pour cette infection et l'échantillon a été construit pour être représentatif de l'ensemble des files actives de ces services. La structure par âge et sexe de l'échantillon correspond aux données existantes par ailleurs (Dray-Spira et al. 2013).

En ce qui concerne l'hépatite B, l'échantillon est représentatif des migrants vivant avec une hépatite B en Ile-de-France et suivis pour cette infection, car cette maladie ouvre aussi automatiquement à un suivi en service hospitalier. L'enquête Parcours est la première à recruter un nombre aussi important de migrants subsahariens porteurs de l'hépatite B donc, à la différence du VIH, il n'y a pas d'enquête de comparaison disponible.

Dans le groupe enquêté en médecine générale, le groupe recruté est représentatif des migrants subsahariens qui consultent en Ile-de-France dans les centres de santé proposant des consultations de médecine générale. Le mode de recrutement choisi ne permet pas de toucher les personnes qui consultent un généraliste en médecine de ville qui sont peut-être d'une catégorie sociale plus aisée ; ni les personnes qui ne consultent jamais pour leur santé. La structure du groupe recruté est cependant proche de la structure de la population de migrants subsahariens enquêtée dans le recensement de 2010, ce qui était attendu car les centres de médecine générale retenus correspondent aux consultations « tout-venant » où tout un chacun peut se rendre pour un vaccin, un dépistage, un problème de santé bénin¹⁰.

3. Une enquête biographique en santé

La méthodologie de l'enquête Parcours repose sur une approche biographique et s'inspire des avancées dans la collecte, le recueil et le traitement statistique des biographies en démographie (GRAB 1999; GRAB 2006). Ces enquêtes couplent un questionnaire CAPI avec une grille biographique de type AGEVEN (pour l'ensemble de la grille biographique, cf. Annexe B, pour un exemple d'une partie de la grille remplie, cf. Figure 4). Au moyen de cette grille, l'enquêteur reporte sur papier les différents événements de la vie des personnes au fil des années. Cette technique permet de toujours replacer les événements les uns par rapport aux autres de manière visuelle pour l'enquêteur et l'enquêté et de limiter les biais de mémoire qui peuvent se produire dans les enquêtes rétrospectives (Courgeau 1991). Dans l'enquête Parcours, des informations ont été recueillies sur des domaines aussi divers que la trajectoire

¹⁰ Les différences entre le groupe médecine générale de Parcours et le recensement 2010 sont les suivantes : plus de résidents des départements 93 et 94 et moins des départements 75 et 92, plus de femmes (56,5% de femmes dans Parcours vs 50,3 % de femmes dans le recensement pour les mêmes départements Paris-Petite couronne), une population légèrement plus âgée dans Parcours que dans le recensement (25,5% de plus de 50 ans dans Parcours vs 20% dans le recensement).

migratoire et résidentielle, l'activité professionnelle, la famille, les trajectoires de santé, la couverture maladie, etc.

Les structures de santé se sont en particulier révélées un endroit privilégié pour recueillir les trajectoires administratives des personnes. En effet, la confiance en la confidentialité des informations divulguées dans le cadre médical a pu être bénéfique à l'enquête puisque les personnes sont nombreuses à avoir déclaré des périodes sans titres de séjour, alors que ce sont habituellement des données difficiles à recueillir.

Des informations sont donc disponibles sur tous ces domaines pour chaque année, depuis la naissance de la personne jusqu'au jour de l'enquête. L'unité d'observation et d'analyse est donc bien l'année.

Figure 4. Exemple d'une partie de la grille biographique utilisée dans PARCOURS

ANNÉES	ÂGES	1 - HISTORIQUE RESIDENTIEL								
		1.1 PAYS	1.2 DEPARTEMENT	Logement en France		1.4 Instabilité résidentielle <i>Cocher la colonne</i>				
				1.3 Nature du logement		Hébergé par des associations ou institutions	Hébergé chez des amis ou familles successifs	Il vous est arrivé de dormir dans un squat	Il vous est arrivé de dormir dans la rue	
2012		↑	93	1 - c'était votre propre logement 2 - vous étiez hébergé par votre famille 3 - vous étiez hébergé par d'autre personne de votre entourage 4 - autre à préciser	1					
2011				INSTABRESID						
2010									X	
2009										
2008		FRANCE	93	2						
2007		↑								
2006										
2005										
2004										
2003										
2002										
2001										
2000										
1999										
1998										BÉNIN

Note de lecture : cet enquêté fictif vivait au Bénin avant de migrer vers la France en 2008. À son arrivée, il est hébergé par sa famille en Seine-Saint-Denis durant deux années, avant de devoir changer fréquemment de logement tout au long de l'année 2010. Durant cette année-là, il lui arrive de dormir dans un squat. En 2011, il accède à un logement personnel, toujours en Seine-Saint-Denis.

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Comme elle permet de reconstituer des trajectoires entières de personnes, l'enquête biographique peut se pencher sur la dynamique des événements dans les parcours de vie en fonction de différentes temporalités que sont l'âge (le temps « biologique »), la période calendaire (ou le « temps historique ») et enfin le « temps biographique » qui correspond à la vie de l'individu, et notamment la durée de séjour depuis l'arrivée en France, le temps écoulé depuis le diagnostic, etc. (Courgeau et Lelièvre 1989). Temps biologique, temps historique et

temps biographique sont ainsi entremêlés (Kempeneers, Lelièvre, et Bonvalet 2007). La grille permet ainsi de renouveler les questions classiques autour de l'intrication des effets d'âge, de cohorte (faire partie de générations différentes) et de période (environnement changeant) (Glenn 2004) et d'analyser comment les différents calendriers interagissent entre eux.

Enfin, l'outil même de la grille biographique permet de visualiser l'ensemble de la trajectoire d'un individu et la lecture qualitative des questionnaires d'une enquête biographique permet de reconstituer, sous la forme d'un récit, l'histoire de vie des personnes enquêtées. Cette approche a été développée par Eva Lelièvre et Géraldine Vivier dans le cadre de l'évaluation de la collecte des données de l'enquête *Biographies et entourage* (Lelièvre et Vivier 2001; Pannetier 2012).

4. Du recueil des données aux catégories d'analyse

L'arrivée en France

Pour étudier des trajectoires de migrants, la date de l'arrivée en France représente une date pivot autour de laquelle de nombreux phénomènes vont être étudiés. Cependant, cette donnée qui semble simple recouvre des réalités parfois complexes ; pour reprendre l'expression de Philippe Antoine et d'Eva Lelièvre, « *le flou qui résulte de l'hétérogénéité grandissante des parcours individuels constitue un objet de recherche foisonnant auquel l'analyse est désormais confrontée* » (Antoine et Lelièvre 2006, p.28).

En effet, sur l'ensemble de l'échantillon, 5% des personnes se sont « installées plusieurs fois » en France (n=138). Parmi ces 5%, on trouve soit des personnes qui sont venues une première fois en France puis sont retournées dans leur pays d'origine (99 personnes sur 138) soit des personnes qui ont séjourné dans un pays tiers, souvent européen (39 sur 138), avant de revenir en France. Que va-t-on alors considérer comme l'arrivée en France ?

Une partie de la réponse réside dans le recueil des perceptions des enquêtés pour pallier ce flou de l'événement d'arrivée. En effet, au moment de considérer ce qui constitue l'arrivée en France d'une personne, on peut soit se référer à la perception de l'enquêteur soit à celle de l'enquêté. En l'occurrence, le choix a été fait de recueillir la perception des enquêtés. À un moment du questionnaire CAPI, l'enquêteur posait la question suivante : « *Nous allons maintenant parler de la période de votre arrivée en France. ENQ[instruction pour les enquêteurs] : Considérez ici la première arrivée en France qui compte pour elle comme une arrivée (pas comme un voyage)* ». On s'appuie donc sur la perception des personnes pour remédier au flou qui peut entourer l'arrivée en France.

Comme des travaux antérieurs l'ont montré, en présence de flou le travail de préparation des données et de codage des catégories est marqué par la perception des chercheurs (Lelièvre et al. 2006) : en l'occurrence, en l'absence du recueil des perceptions des enquêtés, il aurait fallu décider arbitrairement quelle arrivée en France considérer. Ainsi, plutôt que de laisser à la perception de l'enquêteur la question de savoir quand la personne est arrivée en France, on a pu intégrer la perception subjective de l'enquêté dans le recueil de données.

La raison de la venue en France

Le projet migratoire d'une personne peut influencer de manière importante sur sa trajectoire dans un pays, pourtant il est possible que les personnes aient des raisons variées, complexes, pour quitter leur pays et que ce projet ne soit pas si facile à définir.

Dans l'enquête Parcours, les personnes ont pu donner une variété de raisons de leur venue en France (Encadré 3). Cela dit, moins de 10% des personnes ont indiqué plusieurs raisons de leur venue (Tableau 3).

Encadré 3. Extrait du questionnaire Parcours sur les raisons de la venue en France

Q48. Pourquoi êtes-vous venu(e) en France (à ce moment-là) ?

ENQ : NE PAS CITER

ENQ : PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

1. Rejoindre un(e) conjoint(e) ou un(e) fiancé(e)
2. Rejoindre vos enfants
3. Rejoindre un autre membre de la famille (hors conjoint et enfants)
4. Pour vous marier
5. Etudier
6. Chercher un travail
7. Prendre un emploi déjà identifié
8. Tenter votre chance
9. Vous étiez menacé(e) dans votre pays
10. Pour raisons médicales
11. Parce que vous êtes venu(e) avec vos parents
12. Ne sait pas/Non réponse
13. Pour une autre raison
98. Non réponse

Si Q48=13

Q48a. Pouvez-vous me préciser quelle est cette autre raison ? En clair

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 3. Raisons multiples de venue en France déclarées dans l'enquête

Personnes ayant donné deux raisons, % (effectifs)	
Tenter sa chance et rejoindre de la famille	1.7 (49)
Tenter sa chance et menacée	1.7 (48)
Tenter sa chance et études	1.2 (27)
Tenter sa chance et raisons médicales	0.6 (22)
Rejoindre de la famille et menacé	1.1 (16)
Rejoindre de la famille et études	1.0 (23)
Rejoindre de la famille et raisons médicales	0.5 (12)
Menacé et études	0.2 (3)
Menacé et raisons médicales	0.2 (7)
Études et raisons médicales	0.1 (4)
Personnes ayant donné trois raisons, % (effectifs)	
Tenter sa chance/rejoindre famille/menacé	0.1 (5)
Tenter sa chance/rejoindre famille/études	0.3 (7)
Tenter sa chance/rejoindre famille/raisons médicales	0.0 (2)
Tenter sa chance/menacé/études	0.0 (2)
Rejoindre de la famille/études/raisons médicales	0.1 (2)

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Au vu de la faible proportion de personnes ayant répondu plusieurs raisons, et pour ne pas sous-estimer les projets migratoires en lien avec la maladie (raisons médicales) et les personnes fuyant des menaces dans leur pays, la variable finale comprend cinq motifs possibles :

- Tenter sa chance, chercher du travail
- Rejoindre de la famille
- Menacé dans son pays
- Études
- Raisons médicales

Chaque personne ne peut être comptée que dans un seul motif, et pour les personnes ayant répondu plusieurs motifs, ceux-ci ont été priorisés comme suit : 1. Raisons médicales, 2. Menacé dans son pays, 3. Études, 4. Tenter sa chance, 5. Rejoindre de la famille.

Certes, cette recatégorisation est une simplification par rapport aux réalités parfois complexes qui poussent les personnes à migrer. Cependant, une telle recatégorisation est nécessaire, tant il importe de pouvoir prendre en compte les circonstances de la venue des personnes en France. Ainsi, les motifs qui paraissaient les plus déterminants (raisons médicales, menaces, études) ont été mis en exergue.

Caractériser la situation d'activité: l'utilisation de la catégorisation internationale ISCO-08

Dans l'enquête Parcours, les activités de la personne ont été recueillies tout au long de la vie, en clair (Encadré 4).

Encadré 4. Extrait du questionnaire Parcours sur l'activité au cours de la vie

SI LA PERSONNE A CHANGÉ FRÉQUEMMENT D'ACTIVITÉ (SUITE DE PETITS BOULOTS de moins d'un an...), noter « INSTABPROF » dans la colonne 2.1 sur l'année où a commencé cette période. Tirer une flèche pour indiquer la durée de la période.

A1. Que faisiez-vous quand vous aviez 6 ans ? Quelle était votre principale occupation ?

[ENQ : Notez en toutes lettres l'occupation principale à 6 ans : " école ", " à la maison " ... col2.1]

Jusqu'à quand avez-vous continué à (adapter) aller à l'école / aider à la maison ... ?

[ENQ : Repérez l'année de changement d'occupation et tracez une flèche jusqu'à la 2e occupation. Col 2.1 Si la personne est allée à l'école, ne pas différencier les différents niveaux scolaires]

A2. Et ensuite, qu'avez-vous fait ? Et jusqu'à quand ?

[ENQ : Notez la nouvelle activité ou inactivité à l'année où elle commence et tracez une flèche jusqu'à la 3e occupation. Col 2.1]

S'IL S'AGIT D'UNE ACTIVITÉ (TRAVAIL) QUI A DURE AU MOINS UN AN : noter le code d'activité correspondant dans la colonne 2.2 :

A2BIS. Dans cette activité vous étiez ... ?

- 1- Cadre ;
- 2- Employé ou ouvrier ;
- 3- Patron, employeur ;
- 4- À son compte (sans salariés) ;
- 5- Apprenti, stagiaire ;
- 6- Aide familial.

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Les revenus n'étaient pas collectés en données chiffrées, en revanche on demandait aux personnes si elles avaient des ressources une année donnée et, si oui, d'où venaient ces ressources (de leur propre activité, de l'aide de l'entourage, etc.). L'enquête Parcours s'intéressant à l'ensemble de la trajectoire des personnes, y compris les années qui ont précédé la migration, la nomenclature utilisée en France par l'INSEE (NAF et PCS) n'était pas très appropriée. En suivant l'exemple de l'enquête MAFE, la classification internationale ISCO-08 (en anglais « International Standard Classification of Occupations »¹¹) a été utilisée. Celle-ci permet les comparaisons entre les métiers dans différents pays du monde et elle

¹¹ ISCO-08 a été adoptée par une résolution d'une rencontre tripartite d'Experts en Statistiques du Travail qui s'est tenue en décembre 2007. Cette résolution a été approuvée par l'Organisation Internationale du Travail en mars 2008. Pour en savoir plus : <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>

comprend notamment des activités liées au secteur informel comme « vendeur de rue » (Tableau 4).

Tableau 4. La classification internationale ISCO-08 et la classification des activités dans Parcours

	Classification des activités Parcours
Catégories ISCO-08	Directeurs, cadres de direction et gérants
	Professions intellectuelles et scientifiques
	Professions intermédiaires
	Employés de type administratif
	Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs
	Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche
	Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat
	Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage
	Professions élémentaires
	Professions militaires
Catégories ajoutées dans Parcours	Étudiants
	Instabilité professionnelle
	Sans activité

À cette classification, toujours sur le modèle de l'enquête MAFE, une catégorie « sans activité » a été ajoutée, ainsi qu'une catégorie « étudiant » et « instabilité professionnelle » cette dernière correspondant à une période d'une année où la personne change souvent de travail (« petits boulots », cf. Encadré 4) (Vause 2011; Castagnone et al. 2014). Dans chaque catégorie utilisée dans ISCO-08 sont ensuite détaillées les sous-catégories, ce qui permet de caractériser finement les types d'activités des personnes avant et après la migration qui avaient été saisies en clair dans la grille biographique. Toute activité est donc comptabilisée, qu'elle soit formelle ou informelle.

5. Description de la population d'étude : des profils diversifiés, une précarité présente

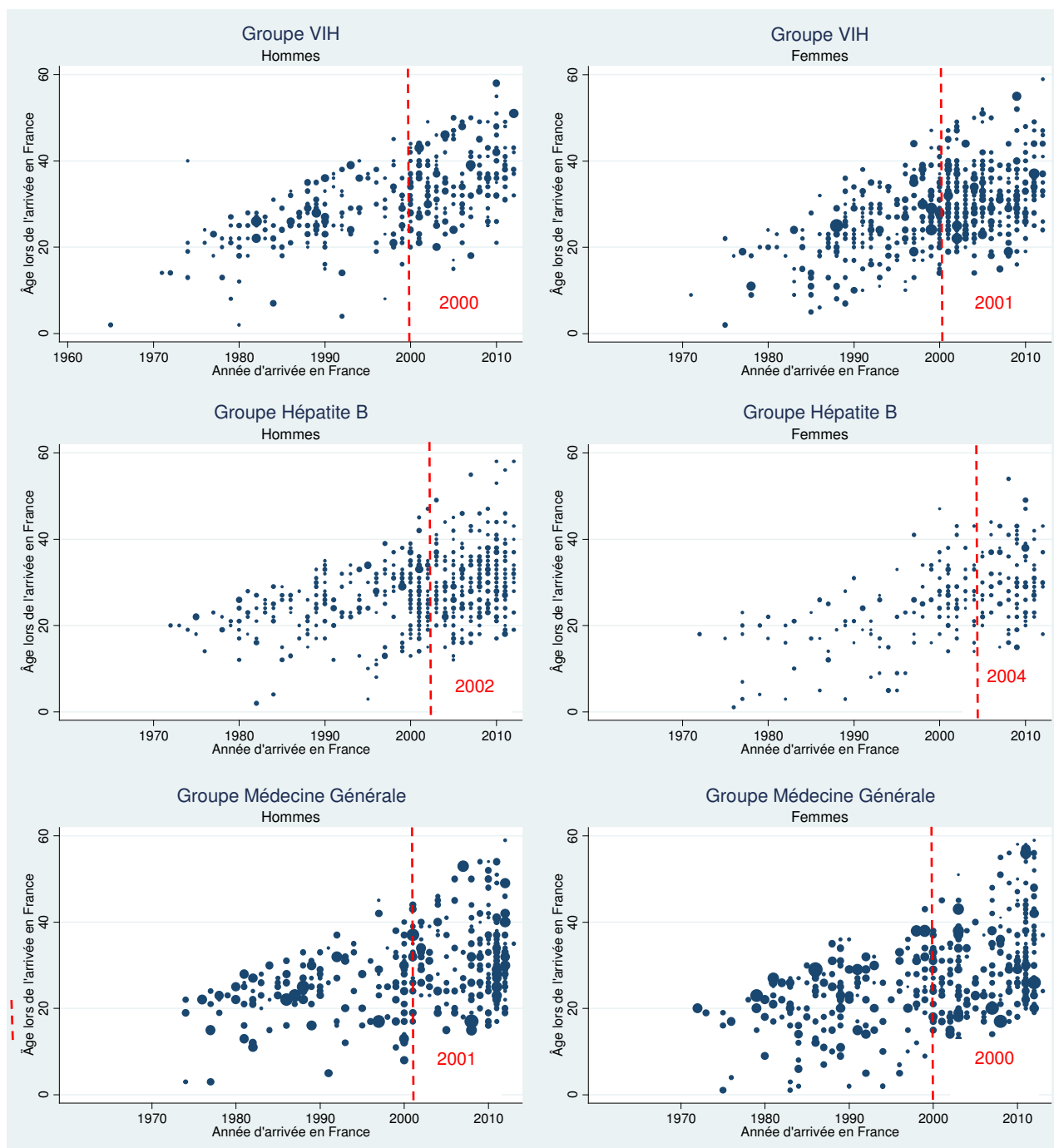
Si pour chaque analyse l'ensemble des variables d'intérêt seront décrites, l'objectif de cette sous-partie est de présenter la population d'enquête dans son ensemble, ce qui permet de donner quelques éléments de cadrage sur les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie des migrants subsahariens interrogés dans l'enquête Parcours.

Au total, l'enquête Parcours a permis de recueillir 2468 trajectoires de vie (926 personnes vivant avec le VIH, 779 personnes vivant avec une hépatite B chronique et 763 qui n'ont aucune de ces deux infections).

La migration d'Afrique subsaharienne a pris son essor dans les années 1980 et concerne surtout des adultes, comme on l'observe dans la Figure 5 qui présente, par groupe et par sexe, les années et âge d'arrivée en France des personnes enquêtées. La médiane d'arrivée se situe au début des années 2000 pour l'ensemble de la population d'étude. En 2012-2013, la grande majorité des personnes de l'enquête ont plus de 35 ans (Tableau 5). Plus de la moitié des participants de l'enquête Parcours viennent d'Afrique de l'Ouest, ce qui correspond à l'importance relative des flux migratoires de cette région vers la France. Sept pays sont particulièrement représentés, dans l'ordre décroissant : la Côte d'Ivoire, le Mali, le Cameroun, la République Démocratique du Congo, le Sénégal, la Guinée Conakry, le Congo Brazzaville, avec des variations entre les groupes d'étude qui correspondent aux prévalences du VIH/sida et de l'hépatite B dans ces pays.

Les équilibres entre les sexes sont différents selon les groupes : les femmes sont plus nombreuses dans le groupe VIH et les hommes dans le groupe hépatite B, ce qui reflète ce que l'on sait de l'épidémiologie de ces deux maladies (cf. Figure 2). Les femmes représentent 57% des personnes interrogées dans le groupe Médecine Générale, ce qui est cohérent avec les chiffres connus : en effet, l'étude Trajectoires et Origine (TeO) montrait déjà que la part des femmes dans les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne n'a cessé de progresser depuis les années 1970 au point d'atteindre 59% parmi les immigrés arrivés après 1998 (Beauchemin, Borrel et Régnard 2015).

**Figure 5. Diagrammes représentant les années et âges d'arrivée en France des enquêtés
Parcours selon le groupe d'étude et le sexe**



2000 Année médiane d'arrivée en France

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés Parcours au moment de l'enquête, selon le groupe d'étude et le sexe

	VIH			Hépatite B			Médecine générale		
	H N=353	F N=573	p	H N=559	F N=220	p	H N=356	F N=407	p
Âge									
18-34	12.0	22.1		32.2	38.2		32.3	33.9	
35-45	31.5	47.4		37.9	42.2		27.8	25.4	
45-59	56.5	30.5	**	29.9	19.6	NS	39.9	40.7	NS
Région d'origine									
Afrique de l'Ouest	57.0	49.8		79.4	73.3		64.8	53.3	
Afrique centrale	41.0	47.2		18.9	25.0		31.0	42.0	
Afrique de l'Est et du Sud	1.9	3.0	NS	1.7	1.8	NS	4.2	4.8	NS
Pays les plus représentés									
Cameroun	17.6	20.6		8.2	9.0		8.3	11.3	
Côte d'Ivoire	22.0	27.3		15.9	15.6		14.1	12.1	
Guinée Conakry	5.5	3.7		8.6	11.4		7.3	5.3	
Mali	10.6	7.2		28.1	19.8		17.8	11.2	
République du Congo (Brazzaville)	6.9	7.9		4.7	2.3		4.9	8.9	
République Démocratique du Congo	11.3	13.0		3.4	9.2		12.7	18.9	
Sénégal	6.8	2.2		13.6	17.1		13.3	10.6	
Motifs de venue en France									
Tenter sa chance/travail	43.0	35.1		48.1	25.3		38.7	19.8	
Raisons familiales	14.6	38.5		12.0	47.5		15.4	46.1	
Menacé dans son pays	17.8	9.8		17.6	13.6		23.7	17.4	
Études	15.4	8.2		16.4	6.7		20.3	13.0	
Raisons médicales	9.2	8.3	**	5.9	7.0	**	1.9	3.7	**
Niveau d'étude à l'enquête									
Aucun/primaire	20.3	18.7		32.2	21.1		25.1	19.9	
Secondaire	47.2	60.1		38.6	58.0		46.7	54.4	
Supérieur	32.4	21.2	*	29.1	20.9	**	28.1	25.7	NS
Statut d'activité à l'enquête									
Activité	72.5	58.6		74.5	50.8		65.7	61.0	
Inactivité	26.0	34.8		21.9	38.2		27.6	33.5	
Étudiant	1.6	6.6	**	3.6	11.0	**	6.7	5.5	NS
Parmi les hommes en activité, trois principales activités									
Vigiles	20.56			12.53			11.47		
Agents d'entretien & aide ménage	9.31			10.98			13.62		
Cuisiniers/Aides cuisine	3.76			4.32			5.22		
Parmi les femmes en activité, trois principales activités									
Agents d'entretien & aide ménage		31.7			31.4			25.8	
Aides-soignantes		17.0			9.3			17.6	
Gardes d'enfants		14.9			11.9			11.5	
Situation de logement à l'enquête									
Logement personnel	68.6	71.8		56.7	57.8		53.2	71.5	
Hébergée	15.1	12.7		22.8	27.7		18.8	16.4	
Structure collective	0.9	4.8		1.0	6.4		1.4	1.6	
Foyer	6.1	2.1		8.7	0.9		8.3	0.7	
Instabilité résidentielle	9.3	8.5	NS	10.8	7.2	**	18.4	9.8	**
Situation administrative à l'enquête									
Nationalité française	14.7	18.5		16.1	26.0		20.9	29.2	
Carte de séjour résident	30.3	32.0		21.3	19.2		31.2	33.0	
Titre de séjour court	44.9	42.6		36.8	33.0		26.7	24.0	
Pas de titre de séjour	10.1	6.9	NS	25.8	21.8	*	21.2	13.9	*
Timing du diagnostic par rapport à la migration									
Diagnostic avant la migration	9.6	9.6		5.8	6.6				
Diagnostic 1re ou 2e année en France	31.4	40.3		32.6	48.1				
Diagnostic entre 3 ^e et 6 ^e année en France	21.4	27.6		24.4	21.4				
Diagnostic ap 7 ^e année	37.7	22.6	**	37.1	23.8	**			

p : p-value du test du chi2 entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Les femmes et les hommes sont venus pour des raisons différentes en France (Tableau 5), ce qui s'explique par le fait que les femmes sont plus souvent arrivées dans le cadre du regroupement familial que les hommes (entre 39% et 45% d'entre elles, selon les groupes) ; elles sont aussi en général moins instruites que les hommes. Ceci étant dit, au sein des personnes de même sexe, les raisons de venue en France sont variées, allant de la volonté de trouver une vie meilleure (de 38.7% à 48.1% des hommes et de 19.8% à 35.1% des femmes, selon les groupes) aux études (plus d'une personne sur dix dans le groupe Médecine Générale) (Tableau 5). Ces motifs diversifiés sont également à relier aux contextes variés dans lesquels ces personnes ont pu migrer : d'un côté, l'émigration des pays du Sahel est davantage une migration de travailleurs qui a alimenté dans un second temps les flux de regroupement familial, de l'autre, l'émigration des pays du golfe de Guinée est plus fréquemment une migration d'exil et d'asile des familles dans un contexte de longues crises politiques et militaires (Beauchemin, Lhommeau et Simon 2015).

En termes de situation socioéconomique, les migrants d'Afrique subsaharienne sont très majoritairement en activité au moment de l'enquête et très concentrés dans quelques métiers : environ 30% des hommes ayant un emploi sont soit vigiles, soit agents d'entretien et aides de ménages, soit cuisiniers et aides-cuisiniers. Parmi les femmes, la concentration dans quelques professions est encore plus marquée puisque plus de la moitié d'entre elles sont soit agents d'entretien et aides de ménages, soit aides-soignantes, soit gardes d'enfants. Cette concentration dans certains métiers est à relier à un marché du travail segmenté en France et dans d'autres pays d'Europe, dans lesquels les migrants originaires d'Afrique subsaharienne ont accès à des secteurs bien particuliers de l'économie (Simón, Ramos et Sanromá 2014; Scrinzi 2013).

Si au moment de l'enquête, la plupart des personnes ont un logement personnel, elles sont 13% à 28% à être hébergées, et entre 9% et 18% à devoir changer fréquemment de logement dans la dernière année (instabilité résidentielle). Plus de la moitié n'ont qu'un titre de séjour court ou pas de titre de séjour au moment de l'enquête, ce qui dénote que la précarité administrative est monnaie courante dans la population d'étude. Comme indiqué plus haut, la part non négligeable des personnes qui ont déclaré être sans titre de séjour au moment de l'enquête laisse à penser que le dispositif d'enquête a réellement permis d'atteindre une population peu enquêtée habituellement.

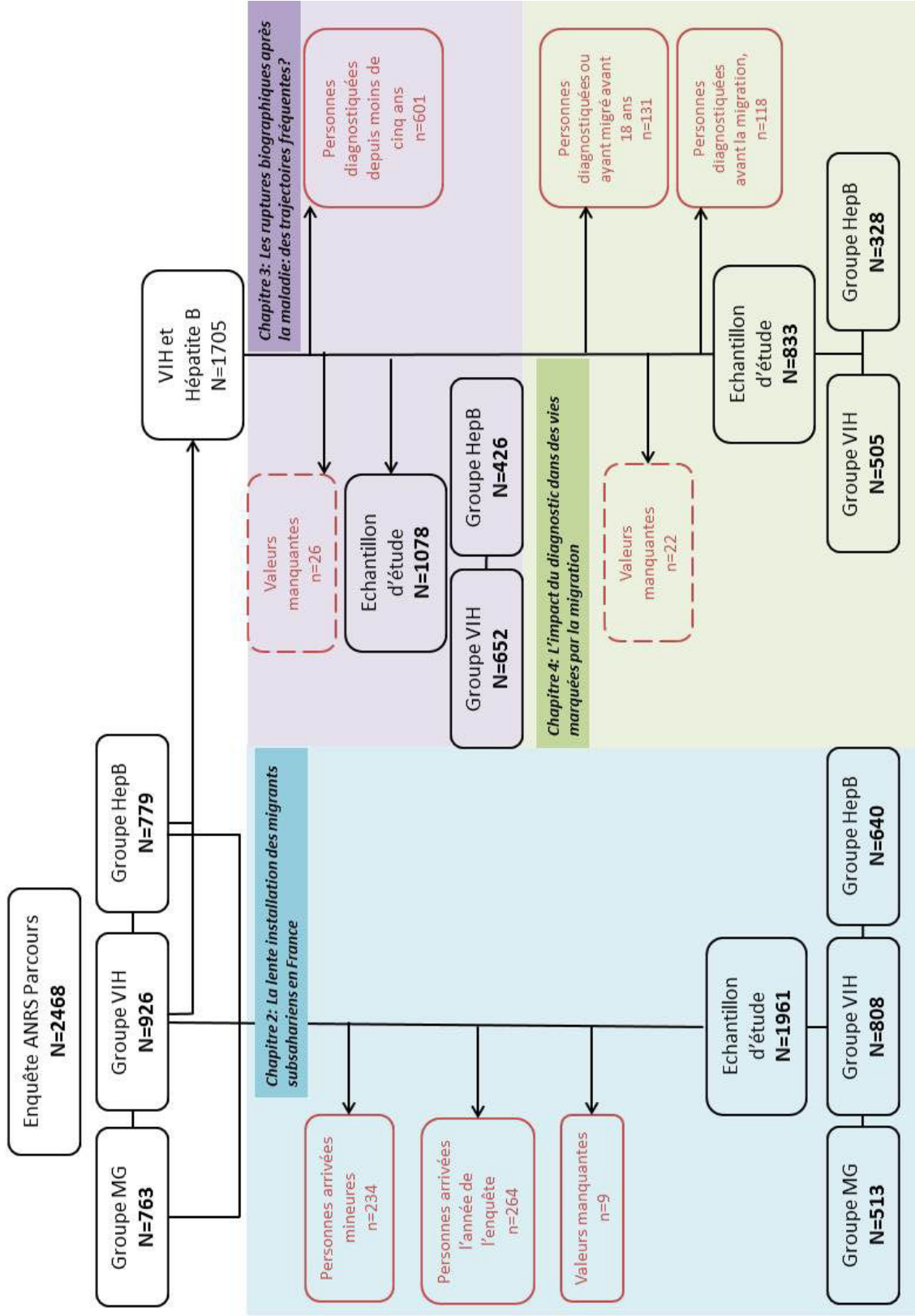
Enfin, il est peu fréquent que les personnes aient été diagnostiquées pour le VIH ou l'hépatite B avant d'arriver en France : entre 7% et 10% selon les groupes et les sexes. En fait, pour la

majorité, le diagnostic intervient pendant les premières années en France, pouvant reconfigurer ainsi le projet migratoire des personnes (Pourette 2008). Les femmes sont moins souvent que les hommes diagnostiquées pour le VIH ou l'hépatite B chronique au-delà de la sixième année en France ; en effet, comme elles arrivent en France au moment où elles ont des enfants et que les diagnostics VIH et hépatite B sont systématiques en France en cas de grossesse, les femmes sont souvent diagnostiquées à cette occasion.

6. Les analyses menées et leurs sous-échantillons

Au fil des analyses, les sous-échantillons qui seront utilisés dans la thèse diffèrent. En effet, l'étude des trajectoires d'installation (chapitre 2) concerne les personnes arrivées majeures en France ; les analyses sur le diagnostic lui-même vont porter dans un premier temps sur les personnes qui ont été diagnostiquées depuis au moins cinq ans (chapitre 3), puis sur les personnes qui non seulement ont été diagnostiquées depuis au moins cinq ans, mais qui en plus ont connu la migration et le diagnostic après 18 ans (chapitre 4). La Figure 6 permet de résumer les sous-échantillons utilisés pour chaque analyse.

Figure 6. Diagramme des sous-échantillons utilisés dans le travail de thèse



LA LENTE INSTALLATION DES MIGRANTS SUBSAHARIENS EN FRANCE : LE POIDS DU CONTEXTE SOCIAL

Valorisations

Articles dans des revues à comité de lecture

- Gerbier-Aublanc M. & Gosselin A.*pour le groupe Parcours (2016) "Access to employment among African migrant women living with HIV in France: constraints and opportunities" *AIDS Care* 28 (8): 1058-1061.
(*co-first author)
- Gosselin Anne, Desgrées du Loû Annabel, Lelièvre Eva, Lert France, Dray-Spira Rosemary, Lydié Nathalie for the Parcours Study Group (2016) "Migrants subsahariens: combien de temps leur faut-il pour s'installer en France?" *Population & Sociétés* | 533 [en ligne] www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/migrants-subsahariens/
- Gosselin Anne, Desgrées du Loû Annabel, Lelièvre Eva, Lert France, Dray-Spira Rosemary, Lydié Nathalie for the Parcours Study Group, "Understanding integration pathways in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey" *European Journal of Population* [en révision]

Autres publications

- Gosselin, A. Desgrées du Loû, A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. pour le groupe Parcours (2016), "Understanding Sub-Saharan migrant settlement through a capability approach: evidence from a life-event history survey", CEPED Working Paper, 33, [en ligne] <http://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/article/understanding-sub-saharan-migrant>

Communications orales

- "Combien de temps faut-il aux migrants subsahariens pour s'installer en France?", *Symposium ANRS à l'Afraviih* « Migrants d'Afrique subsaharienne et politiques migratoires en Europe : quel impact pour le VIH et les hépatites ? », Bruxelles, Belgique, Avril 2016
- "Parcours d'installation en France", *Séminaire COREVIH Ile de France-Ouest*, Paris, France, Octobre 2015
- "Trajectoires d'installation des migrantes subsahariennes dans l'enquête ANRS Parcours", *Journée du COREVIH Ile-de-France Sud*, Paris, France, Décembre 2014
- "Trajectoires d'installation des migrants subsahariens dans l'enquête Parcours", *Journée INED-Sage*, « Construire et analyser les trajectoires en démographie », Strasbourg, France, Octobre 2014
- "S'installer en France: trajectoires résidentielles et administratives des migrants subsahariens et place de la maladie - Projet ANRS Parcours", *Congrès de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (Aidelf)*, Bari, Italie, Mai 2014

« ... pour son dernier jour en tant que vigile, Kassoum ne va pas faire de zèle. Après sept ans de vie en France, il a rendez-vous à la préfecture de police. Demain, peut-être obtiendra-t-il sa première carte de séjour. Peut-être ».
Gauz, Debout-Payé, 2014

1. Introduction

Bien que la dynamique d'installation des migrants dans les pays d'accueil revête une importance particulière pour les pays en général, et en particulier dans les dernières années avec les débats autour des politiques migratoires de l'Union Européenne, peu d'informations sont disponibles sur cette dynamique d'installation (Encadré 5). Le champ des études sur les migrations a beaucoup traité des causes et des conséquences des migrations à l'échelle d'un pays, mais peu de données sont produites à l'échelle individuelle sur le moment particulier de l'arrivée des migrants dans un nouveau pays. L'une des raisons de ce manque d'information est la rareté de données longitudinales qui permettent ce type d'analyse à l'échelle des trajectoires individuelles dans un contexte européen.

Encadré 5. Le choix des termes: installation ou intégration?

Le terme d'intégration en français est devenu d'un usage courant dans les médias ou dans le discours politique ; or il peut être considéré comme un terme polysémique. Certes, des chercheurs choisissent de le définir comme le processus d'accès à un certain nombre de ressources dans le pays d'accueil (Simon, Beauchemin et Hamel 2015). Cependant, dans le champ politique, il existe une injonction à l'intégration, jugée selon certains critères (par exemple l'usage de la langue française et « l'adhésion aux valeurs républicaines » dans le Contrat d'Accueil et d'Intégration mis en place par la loi relative à l'immigration et à l'intégration en 2006), critères qui sont récusés ici car chargés d'implicites et difficilement mesurables. Force est de constater par ailleurs que ce terme est souvent utilisé pour parler de « l'intégration » des personnes nées en France mais dont les parents sont immigrés (ladite « seconde génération »), ce qui n'est pas du tout la question posée dans cette thèse.

Le choix fait ici est donc de ne pas parler d'intégration mais d'installation, ce qui semble plus neutre pour décrire le processus par lequel les personnes migrantes trouvent les moyens de mener leur vie dans un nouveau pays. Cela dit, le terme « *integration* » en anglais étant moins controversé, il a été utilisé dans la publication de ces résultats en anglais.

Cependant, il est à noter que c'est dans le champ des migrations que l'approche dite du « parcours de vie » (*life course approach*) a été introduite dans les sciences sociales, notamment à travers l'ouvrage de Thomas et Zaniecki qui décrivait la vie des migrants polonais aux États-Unis au début du vingtième siècle (Thomas et Znaniecki 1918). Ensuite, c'est encore sous l'impulsion de chercheurs dans le champ de la mobilité spatiale que se sont développées les méthodes d'analyse des biographies ainsi que les outils de collecte quantitative destinés au recueil des parcours de vie (Courgeau et Lelièvre 1989; GRAB 1999). Dans les années récentes, avec le développement des outils de collecte biographiques et des méthodes statistiques pour traiter ce type de données, des études de migration internationale se sont attachées à la description des trajectoires des migrants dans les pays d'accueil (Latcheva et Herzog-Punzenberger 2011; de Valk et al. 2011; Kleinepier, de Valk, et Van Gaalen 2015). En particulier, les chercheurs du projet MAFE, enquête conduite entre 2008 et 2011, se sont penchés sur les dynamiques de circulation entre l'Afrique et l'Europe en mettant en lumière notamment l'importance des migrations de retour vers le pays d'origine et les pratiques transnationales comme les « remises », c'est-à-dire les transferts d'argent des pays d'accueil vers les pays d'origine (Beauchemin et González-Ferrier 2011; Flahaux, Beauchemin et Schoumaker 2013).

L'aspect le mieux documenté, probablement parce qu'il a une portée politique particulière, est celui de l'insertion des migrants sur le marché du travail. Les différents travaux disponibles montrent que bien souvent, les migrants venus des pays en voie de développement connaissent une dégradation de leur situation d'emploi à l'arrivée dans un nouveau pays, en raison notamment du barrage de la langue et des difficultés de reconnaissance des diplômes étrangers. Leur situation s'améliore après un temps et ce schéma de dégradation suivie d'une amélioration est connu sous le nom de la trajectoire en U d'ajustement occupationnel (Akresh 2008). Ce modèle a été vérifié empiriquement dans différents contextes, aux États-Unis et en Espagne (Simón, Ramos et Sanromá 2014). L'étude MAFE a confirmé ce schéma en U parmi les migrants subsahariens en France (Obucina 2013). Cette dégradation de la situation d'emploi à l'arrivée concernait les migrants les plus qualifiés, la notion de « brain waste » (gâchis des cerveaux) a donc été mobilisée pour rendre compte du fait que beaucoup de migrants étaient surqualifiés pour les métiers qu'ils occupaient dans le pays d'accueil (Toma et Vause 2011; Mattoo, Neagu et Özden 2008). Cependant, ce modèle qui présente une trajectoire d'amélioration de la situation des migrants au fur et à mesure que le temps passe a été remis en question par un modèle dit d'assimilation segmentée. Ce dernier modèle fait

l'hypothèse que dans les pays riches, le marché du travail en général est divisé en deux segments : un premier segment qui offre des emplois à haut salaire, de bonnes conditions de travail et la possibilité d'avancement, et un second segment qui est caractérisé par les métiers non qualifiés, mal payés et caractérisé par des conditions de travail difficiles. Certains migrants seraient « coincés » dans ce second segment, et la dégradation initiale qu'ils connaissent à l'arrivée pourrait durer dans le temps (Simón, Ramos, et Sanromá 2014).

Toutes ces études sur l'insertion des migrants sur le marché du travail soulèvent la question du rôle respectif des caractéristiques individuelles et des contraintes structurelles dans les trajectoires. Sur cette question, des travaux précédents ont montré que parmi les migrants sénégalais, la mobilité ascendante dépendait non seulement de caractéristiques individuelles (le fait de parler la langue du pays d'accueil, les raisons de la migration) mais aussi du statut administratif puisque le fait d'avoir un titre de séjour autorisant à travailler augmente les chances de mobilité ascendante dans le pays d'accueil (Obucina 2013; Castagnone et al. 2014). Or les délivrances de titres de séjour dépendent du contexte et des politiques d'immigration. Enfin, ces recherches pointent un haut taux d'inactivité des femmes originaires d'Afrique subsaharienne migrant vers l'Europe. Cette différence genrée vient du fait qu'initialement, beaucoup de femmes sont venues en France dans le cadre du regroupement familial et que moins de femmes ont migré pour trouver du travail (Castagnone et al. 2014).

Un aspect de la trajectoire d'installation des migrants qui peut être crucial mais sur laquelle il n'y a quasiment aucune donnée est l'historique des titres de séjour des personnes migrantes. En effet, malgré leur intérêt ces données sont difficiles à collecter pour des raisons évidentes : les personnes sont réticentes à aborder ces thématiques dans les enquêtes et à déclarer qu'elles sont « sans-papiers » par peur d'être dénoncées. Dans l'enquête MAFE, Erik Vickstrom déconstruit l'opposition binaire entre migration « clandestine » et migration légale, en montrant comment la plupart des migrants arrivent dans des conditions légales et comment ils ne deviennent « sans papier » qu'une fois sur le territoire en raison des lenteurs et des blocages des processus de régularisation. C'est ce que le chercheur nomme « la production légale de l'irrégularité » (Vickstrom 2014).

Enfin, peu de données font état des trajectoires individuelles de logement des migrants. Bien que de nombreuses études aient été consacrées au phénomène de ségrégation urbaine (South, Crowder et Chavez 2005) et aux trajectoires résidentielles de la population générale française (Stovel et Bolan 2004 ; Bonvalet et Bringé 2010), il n'existe pas de données sur les

trajectoires résidentielles des migrants en France, et en particulier sur le temps nécessaire pour obtenir un logement stable.

Les trajectoires d'installation des migrants subsahariens en France sont donc mal connues et si la littérature existante permet de faire des hypothèses sur les facteurs associés à l'installation, sa dynamique elle-même n'est peu ou pas décrite. Quoi qu'il en soit, l'installation semble liée à de multiples dimensions : logement, travail, éducation, titres de séjour, famille, etc. Pour guider le choix des indicateurs du processus d'installation parmi toutes ces dimensions, nous nous appuyons sur la théorie des capacités d'Amartya Sen. En effet, Amartya Sen définit le développement non pas comme une simple augmentation du revenu mais comme l'expansion de la liberté individuelle et de ce qu'il appelle les capacités, c'est-à-dire les possibilités pour les individus de mener leurs vies selon leur désir. Pour cela, l'économiste du développement propose de se focaliser sur les droits fondamentaux et sur les trajectoires individuelles (Sen 1999; Sen 2002). Ainsi, l'objectif est de comprendre à partir de quel moment les migrants arrivent à construire leur vie en France, si bien que l'installation est comprise comme l'accès à un certain nombre de ressources élémentaires comme le logement, l'intégrité physique (ne pas avoir peur d'être arrêté) et avoir les moyens d'assurer sa subsistance. En se basant sur cette approche, le fait d'avoir un endroit où vivre, un titre de séjour stable et une activité qui permette de subvenir à ses besoins constituent les éléments d'une sécurité minimale pour une personne.

L'objectif de ce chapitre est donc de décrire la dynamique et les déterminants du processus d'installation des migrants en France. Cette analyse est principalement basée sur le groupe Médecine générale de l'enquête Parcours, car l'intérêt est bien de décrire les trajectoires d'installation en général, avant de présenter et commenter les résultats pour les groupes VIH et Hépatite B.

L'un des sous-objectifs de cette analyse est de déterminer le poids respectif des caractéristiques individuelles et du contexte social dans la dynamique d'installation sur ces trois dimensions (logement, papiers, travail), ce qui revient à poser la question de l'« agency *versus* structure », une question transversale à l'étude des trajectoires individuelles (Levy et al. 2005). Le deuxième sous-objectif est de prêter une attention particulière à l'impact du genre, c'est-à-dire aux rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes, sur les logiques d'installation, en prenant en compte l'évolution récente des profils de femmes qui migrent de l'Afrique subsaharienne vers la France.

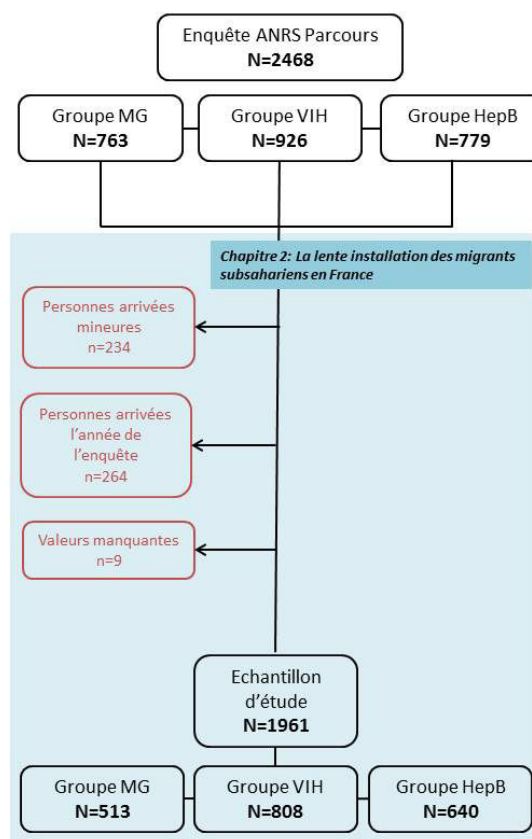
2. Population et Méthodes

L'objectif de ce chapitre est donc d'analyser le processus d'installation des migrants d'Afrique subsaharienne vivant en France, et non pas d'analyser l'impact de la maladie sur ce processus à ce stade. Ainsi, bien que l'analyse ait été faite sur les trois groupes d'étude, c'est l'analyse sur le groupe Médecine Générale qui est présentée de manière détaillée ; les résultats des analyses sur les groupes VIH et Hépatite B sont présentés en annexes de ce chapitre.

Description de la population d'étude

Les analyses de ce chapitre portent sur un sous-échantillon de l'enquête Parcours des personnes qui sont arrivées en France à 18 ans et plus et qui ont passé au moins une année en France (Figure 7).

Figure 7. Diagramme de la population d'analyse sur les trajectoires d'installation



La sous-population d'étude du groupe Médecine Générale est décrite dans le Tableau 6. Cette population est relativement âgée (âge médian de 46 et 45 ans pour les hommes et les femmes respectivement). Les années d'arrivées se répartissent entre 1972 et 2011 et la durée médiane du séjour en France est de 14 ans pour les deux sexes. En raison des logiques différenciées de venue en France (plus de femmes venues dans le cadre du regroupement familial), la situation

à l'arrivée diffère selon le sexe : 22% des hommes traversent une période d'instabilité résidentielle (ils ont dû changer fréquemment de logement pendant l'année d'arrivée) contre 12% des femmes. De plus, 46% des hommes et 34% des femmes n'avaient aucun titre de séjour lors de leur première année en France.

**Tableau 6. Caractéristiques sociodémographiques à l'arrivée en France des enquêtés
Parcours arrivés à 18 ans et plus, par sexe. Groupe Médecine Générale.**

	Hommes N=247		Femmes N=266		p hommes/femmes
	%pond	n	%pond	n	
Âge					
18-34	16.9	49	24.7	71	NS
35-44	29.6	77	22.7	72	
45-60	53.6	121	52.6	123	
Médiane (IIQ)	46 (37 ; 52)		45(35 ; 52)		
Âge à l'arrivée					
Médiane (IIQ)	27 (23 ; 32)		26 (22 ; 32)		
Région de naissance					
Afrique de l'Ouest	66.7	168	52.2	141	*
Afrique centrale	29.9	70	43.3	115	
Afrique de l'Est et du Sud	3.31	9	4.5	10	
Période d'arrivée					
1972-1995	40.9	81	37.7	82	NS
1996-2004	32.8	85	36.9	97	
2005-2011	26.3	81	25.4	87	
Statut conjugal à l'arrivée					
Célibataire	55.9	138	33.5	95	**
Partenaire stable en France	25.0	60	58.6	148	
Partenaire stable à l'étranger	19.1	49	7.9	23	
Motifs de la venue en France					
Tenter sa chance/travail	45.2	119	22.9	75	**
Raisons familiales	12.0	29	45.5	110	
Menacé dans son pays	22.4	50	15.8	43	
Études	19.0	42	12.6	27	
Raisons médicales	1.4	6	3.4	10	
Niveau d'étude à l'arrivée					
Aucun/Primaire	33.8	83	23.0	63	**
Secondaire	42.3	106	61.0	161	
Supérieur	23.9	58	16.0	42	
Situation de logement à l'arrivée					
Logement personnel	19.1	49	41.0	91	**
Hébergé	45.3	105	43.5	119	
Structures collectives	2.3	7	1.4	5	
Foyer	11.2	33	2.0	9	
Instabilité résidentielle	22.1	52	12.1	42	
Situation administrative à l'arrivée †					
Nationalité française	2.0	7	1.9	6	NS
Titre de séjour de 1 an et plus	19.1	50	24.7	62	
Titre de séjour de moins d'un an	33.1	69	39.7	100	
Pas de titre de séjour	45.8	120	33.7	98	

p : p-valeur du test du chi2 entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

† Il ne s'agit pas du document avec lequel la personne a voyagé, mais bien de sa situation administrative lors de la première année en France

Champ : Personnes du groupe Médecine Générale arrivées à 18 ans et plus et qui sont arrivées au moins un an avant l'enquête

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Les indicateurs de l'installation: comment mesurer l'accès à des ressources élémentaires ?

Afin d'étudier le premier accès des migrants à une certaine sécurité matérielle en France, les indicateurs choisis permettent de signaler l'accès aux trois types de ressources mentionnées auparavant : le logement, le titre de séjour et l'emploi. Ces données sont examinées année par année depuis l'arrivée en France jusqu'à l'enquête.

- Le nombre d'années nécessaire pour l'accès au premier logement personnel

Il est estimé qu'une personne atteint un minimum de sécurité en termes de logement l'année où elle déclare avoir eu un logement personnel, par opposition à être hébergée par quelqu'un, ou vivre dans une structure associative ou ne pas avoir eu de logement stable du tout cette année-là. Il est à noter que l'habitat en foyer de travailleurs constitue une voie typique d'installation en France des migrants subsahariens (Bernardot 2006; Bernardot 2008), il a donc paru pertinent de considérer ce type de logement comme un logement personnel. Avoir obtenu un premier logement personnel (oui/non pour une année donnée) constitue donc le premier indicateur d'installation (cf. Annexe D pour l'extrait du questionnaire sur le type de logement).

- Le nombre d'années nécessaire pour l'accès à un premier titre de séjour d'au moins un an

Les situations administratives dans lesquelles peuvent se trouver les personnes sont très variées, d'autant que le contexte législatif a beaucoup évolué au cours du temps. Les migrants peuvent obtenir le statut de réfugié si l'OFPRA leur reconnaît ce statut, peuvent obtenir un titre de séjour pour des raisons familiales, de travail ou pour des raisons de santé. Ils peuvent aussi obtenir la nationalité française à travers la naturalisation. Le fait d'être « sans-papiers »¹² est sans aucun doute une expérience difficile, qui est un handicap dans de nombreux aspects de l'installation, en dehors du fait même que la personne peut craindre d'être contrôlée et interpellée à tout moment. Ceci étant dit, le fait d'avoir un titre de séjour de quelques mois signifie de fréquentes visites à l'administration pour renouveler sa demande ainsi qu'une incertitude considérable sur les mois et années à venir. D'autre part, bien souvent ces autorisations provisoires de séjour de quelques mois ne donnent pas le droit aux personnes de travailler (comme les récépissés pour demande de statut de réfugiés par exemple). Ainsi, le marqueur d'installation qui paraît le plus pertinent est bien d'obtenir un titre de séjour d'au

¹² Être « sans-papiers » ne signifie pas être entré illégalement sur le sol français. Pour l'immense majorité des personnes, l'entrée est légale (avec un visa ou un titre de séjour court) et c'est par la suite que les personnes voient leur titre de séjour expirer et deviennent « sans-papiers ».

moins un an. Le premier accès à un tel titre (oui/non pour une année donnée) constitue donc le second indicateur d'installation (cf. Annexe F pour l'extrait du questionnaire sur les titres de séjour).

- Le nombre d'années nécessaire pour l'accès à une première activité qui permet de subvenir à ses besoins (« activité génératrice d'autonomie »)

Du point de vue des capacités, il est crucial pour une personne de pouvoir gagner sa vie et d'assurer sa subsistance. Selon cette définition, les activités précaires ou informelles peuvent être incluses, à partir du moment où elles procurent à une personne des revenus stables pendant une année. Avoir une activité qui permet l'autonomie financière (oui/non pour une année donnée) est donc le troisième indicateur d'installation (cf. Annexe E pour l'extrait du questionnaire sur l'activité). Dans cette analyse des trajectoires d'activité, les personnes qui étudient effectivement en France à l'arrivée (et non celles qui déclarent être venues pour étudier) ne sont pas incluses, étant donné que la question de l'activité rémunérée se pose de manière différente. Les étudiants font donc l'objet d'une analyse séparée.

De manière générale, ces indicateurs sont centrés sur les besoins basiques des personnes et signalent l'accès à une sécurité minimale ; ils ne disent rien du confort du logement, de la qualité des conditions de travail, etc., mais permettent de repérer dans le temps la sortie de la précarité pour les migrants. Comme les « retours en arrière » dans les trajectoires d'installation sont rares (autrement dit, une fois qu'on a obtenu un élément d'installation, il est relativement peu fréquent de le perdre (cf. Tableau A1 en annexe de ce chapitre)), examiner la survenue des *premiers* accès à ces ressources nous paraît un bon indicateur d'installation.

Afin de considérer l'installation comme un processus multidimensionnel, un indicateur combiné d'installation est construit sur la base des trois indicateurs présentés ci-dessus (avoir obtenu un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an, une activité qui donne l'autonomie financière à une année donnée). Lorsqu'une personne a eu pour la première fois accès à ces trois éléments, elle est considérée comme installée.

Analyse statistique

a) Analyse descriptive

Afin de décrire au mieux la dynamique d'installation, une analyse de Kaplan Meier est tout d'abord réalisée sur chacun des trois indicateurs d'installation et sur l'indicateur combiné (c.-à-d. avoir obtenu un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an et une activité

génératrice d'autonomie). Cette analyse permet en effet d'étudier la dynamique de survenue ces éléments en prenant en compte le fait que toutes les personnes ne sont pas observées le même nombre d'années. Au lieu de représenter les courbes de séjour ($S(t)$) avant l'acquisition de chaque indicateur, ce sont les fonctions de répartition ($F(t) = 1 - S(t)$) qui sont représentées sur les graphiques avec les médianes par sexe en regard. Un test de log-rank pondéré est utilisé pour comparer les courbes entre elles et voir si elles diffèrent selon le sexe. Pour illustrer graphiquement la séquence d'installation pour chaque sexe, des chronogrammes représentant les différentes situations dans lesquelles peuvent se trouver les personnes par rapport au logement, aux papiers et à l'activité au fil des années passées en France sont également construits. Un focus particulier est fait sur les étudiants, qui connaissent une trajectoire d'installation particulière.

Puis, pour déterminer dans quelle mesure ces trois éléments sont liés entre eux, trois variables ont été créées pour chaque individu, chacune correspondant au nombre d'années passées sans l'un des trois éléments. Ensuite, la matrice de corrélation résiduelle entre ces trois variables a été estimée à partir d'un modèle linéaire à effets mixtes.

Enfin, deux éléments sont approfondis dans l'analyse descriptive. L'effet de la période d'arrivée est tout d'abord précisé. En effet, le contexte légal ayant beaucoup évolué au fil des années, les trajectoires d'installation peuvent avoir différé grandement selon la période au cours de laquelle les personnes sont arrivées. Les médianes des durées d'installation pour chaque marqueur d'installation sont mesurées en stratifiant par période d'arrivée.

Ensuite, l'évolution du profil des femmes migrantes est examinée plus particulièrement. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'étude, situation conjugale à l'arrivée, réseau à l'arrivée, motif de la venue en France) des femmes ont été comparées selon leur période d'arrivée au moyen d'un test du χ^2 .

b) Analyse des facteurs associés à l'installation

Afin de comprendre ce qui peut, dans les caractéristiques individuelles ou le contexte social, accélérer ou freiner l'installation des migrants, les probabilités année par année d'accès à un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an ou une activité génératrice d'autonomie, ainsi que la probabilité d'être installé (indicateur combiné), ont été modélisées au moyen de régressions logistiques à temps discret¹³. Dans tous les modèles, des variables

¹³ Le modèle de Cox a été testé, mais les hypothèses de proportionnalité des risques n'étaient jamais vérifiées. Toutefois, les résultats étaient très similaires à ceux des régressions logistiques à temps discret.

permettant de tenir compte des caractéristiques individuelles ont été incluses (région d'origine, âge à l'arrivée en France, niveau d'étude à l'arrivée en France) ainsi que des variables décrivant les circonstances de l'arrivée (statut conjugal, motif de venue en France, avoir ou non vécu en France auparavant). Le contexte structurel en France au moment de l'arrivée est pris en compte dans la variable « période d'arrivée ». Un découpage en trois grandes périodes a été choisi pour mesurer l'effet du contexte : i) avant 1996, ii) 1996-2004 lorsque les lois Pasqua ont durci les conditions du regroupement familial et pour obtenir une carte de résident, et iii) 2005-2013 lorsqu'une série de lois a durci les conditions du regroupement familial au niveau européen (Block et Bonjour 2013). Les motifs de venue en France sont différents entre hommes et femmes et l'analyse descriptive confirme que les dynamiques d'installation sont genrées, si bien que les régressions sont stratifiées par sexe.

c) Trajectoire d'installation et maladie

Pour clore le chapitre, les médianes d'installation dans les groupes VIH et Hépatite B sont données selon les méthodes décrites précédemment et comparées à celles du groupe Médecine Générale, au moyen du test de log-rank pondéré.

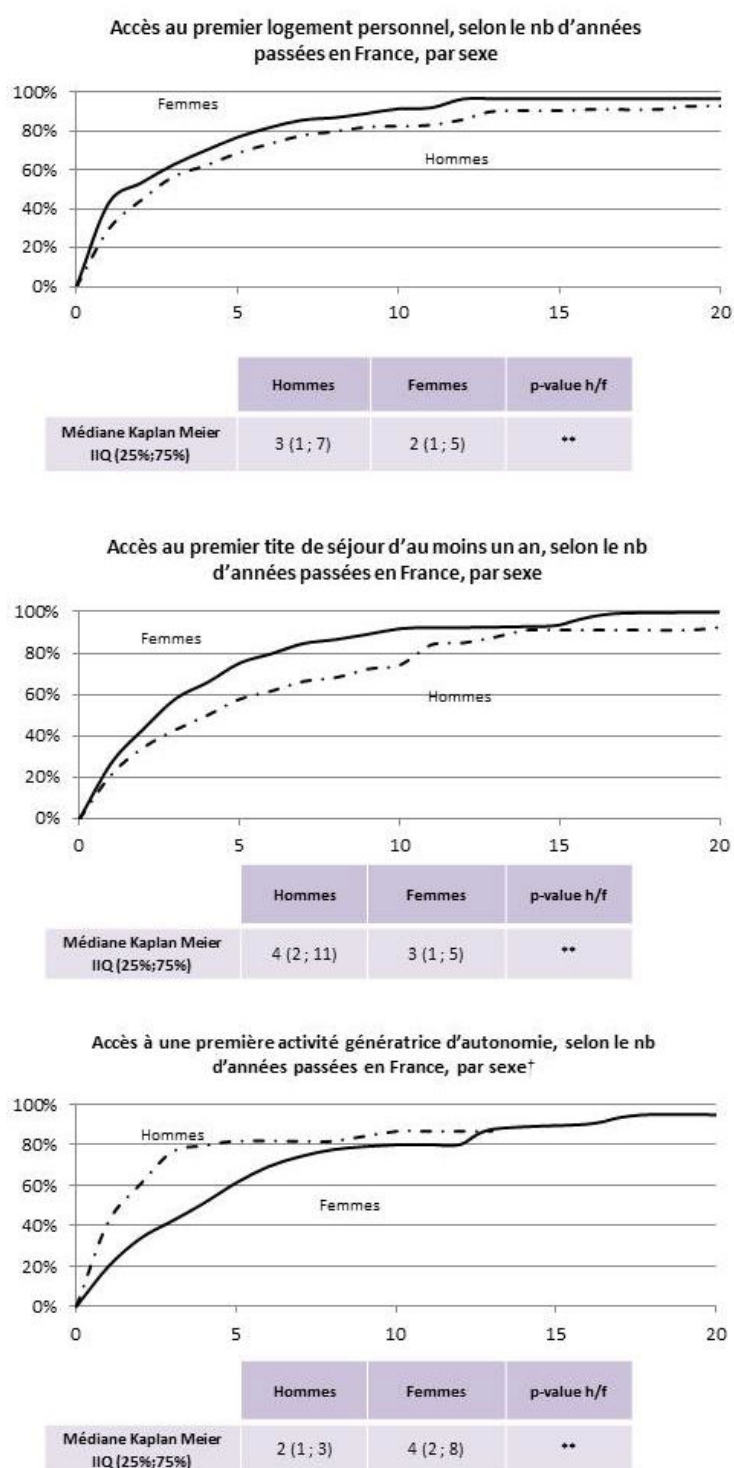
Toutes les analyses de ce chapitre ont été réalisées avec Stata 12© (StataCorp 2011).

3. La lente installation des migrants subsahariens, inscrite dans le contexte social

a) *Analyse descriptive : combien de temps cela prend-il pour s'installer ? Une dynamique genrée d'installation*

La Figure 8 montre les estimations de Kaplan Meier du nombre d'années nécessaire avant d'obtenir un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an, une activité génératrice d'autonomie. Le processus d'installation dure plusieurs années et la séquence d'installation diffère entre hommes et femmes.

Figure 8. Accès au premier logement personnel, au premier titre de séjour d'au moins 1 an, à une activité génératrice d'autonomie, selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Groupe Médecine Générale.



p : p-value du test de log-rank pondéré entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Note de lecture: les médianes représentent le rang de l'année de séjour en France. La moitié des hommes ont eu accès au logement personnel au cours de leur troisième année en France.

†L'analyse sur l'accès à l'activité génératrice d'autonomie a été réalisée sur un sous-échantillon pour exclure les étudiants, N=418

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

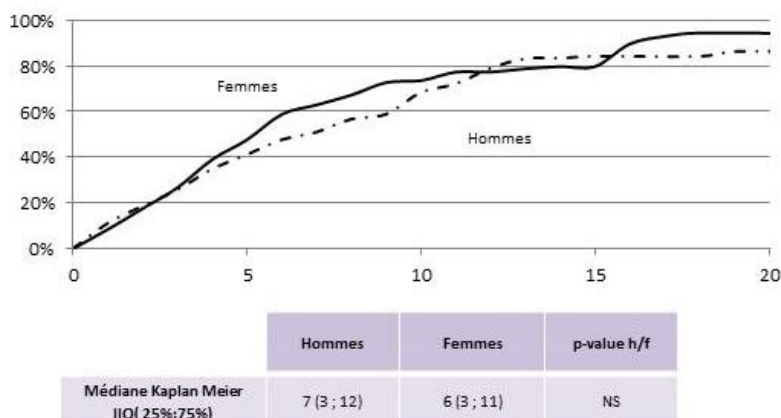
En médiane, les femmes d'Afrique subsaharienne obtiennent un logement personnel au cours de leur seconde année en France et les hommes au cours de la troisième. Cela doit se comprendre en lien avec l'importante part des femmes venues en France pour des raisons familiales, comme montré plus haut (45%, cf. Tableau 6). Les femmes migrent plus souvent pour rejoindre un membre de la famille, ce qui est reflété dans leur accès plus rapide à un logement personnel. Sur l'accès au logement personnel, il est à noter que 24% des hommes y accèdent par un foyer de travailleurs, contre 7% des femmes. La durée de séjour dans un foyer des hommes et des femmes est également différente : 7 ans pour les hommes et deux ans pour les femmes en médiane. Ainsi, il apparaît que, pour les hommes, s'installer dans un foyer de travailleurs est fréquent, comme précédemment montré dans la littérature (Bernardot 2006; Bernardot 2008) alors que pour les femmes cela semble relever plus d'une solution temporaire.

Cette différence de genre se retrouve dans l'accès à un titre de séjour d'au moins un an : les femmes obtiennent ce titre de séjour durant leur troisième année en France en médiane, alors que les hommes l'obtiennent la quatrième année, indubitablement pour les mêmes raisons que celles évoquées plus haut.

Enfin, les hommes obtiennent une activité génératrice d'autonomie plus rapidement : pendant la deuxième année en France en médiane. Pour les femmes, cet accès est plus long (au cours de la quatrième année). Une part importante de la population accède à l'activité par le biais de petits boulots : 35% des hommes et 20% des femmes (différence non significative). La durée médiane de cette période de petits boulots est de trois ans (IIQ : 2-6) pour les femmes et de quatre ans (IIQ : 2-12) pour les hommes. Ainsi, un homme sur quatre vit une période de petits boulots qui dure plus d'une décennie.

La Figure 9 montre les estimations de Kaplan Meier du nombre d'années nécessaire en France avant d'accéder aux trois ressources, c.-à-d. un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an, une activité génératrice d'autonomie (indicateur combiné d'installation).

Figure 9. Accès aux trois éléments d'installation, selon le nombre d'années passées en France, par sexe†. Groupe Médecine générale.



p : p-value du test de log-rank pondéré entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Note de lecture: les médianes représentent le rang de l'année de séjour en France. La moitié des hommes ont eu accès au logement personnel au cours de leur troisième année en France.

†L'analyse sur l'accès aux trois éléments d'installation a été réalisée sur un sous-échantillon pour exclure les étudiants, N=418

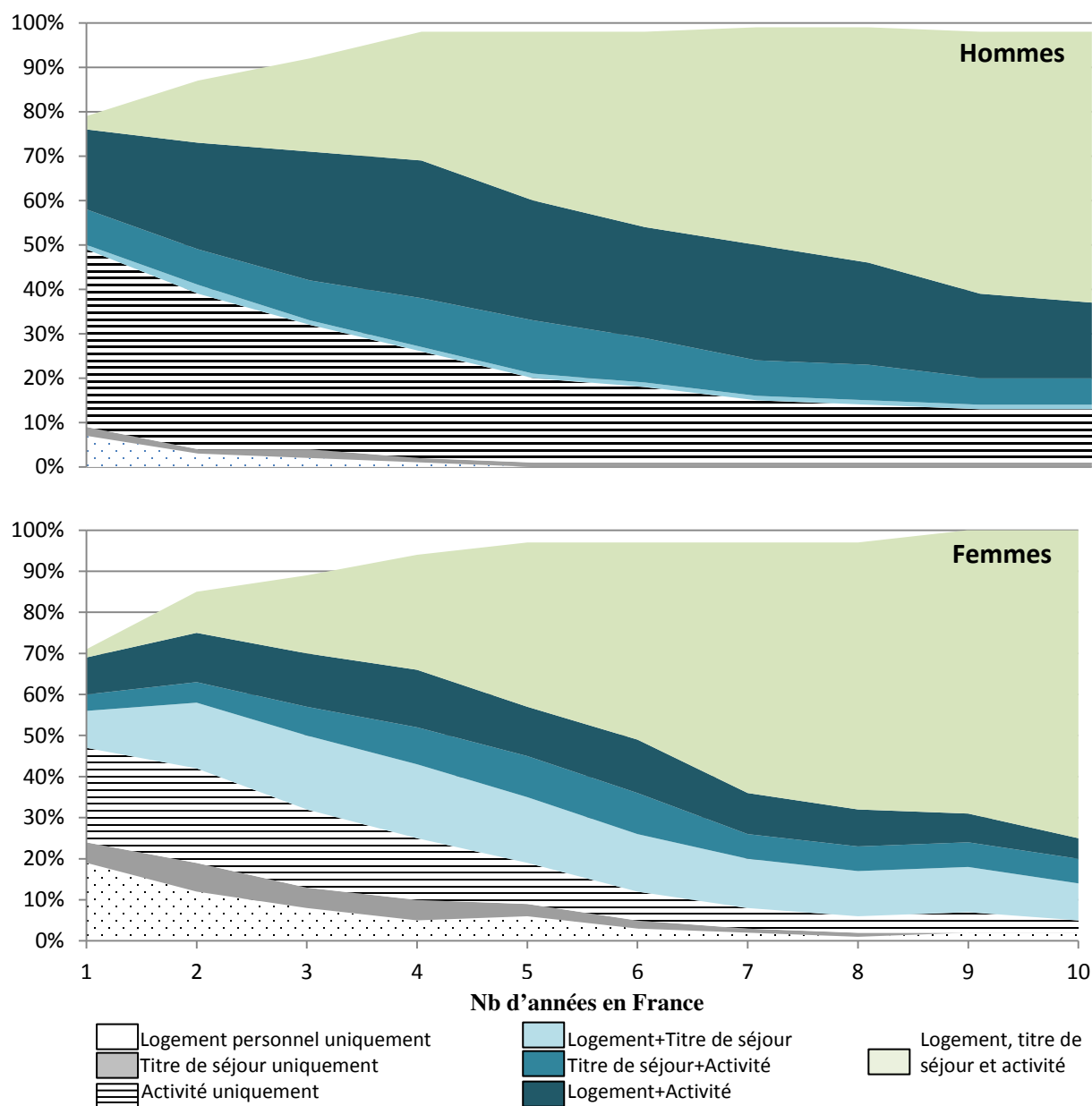
Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

La longueur du processus d'installation pour les hommes comme pour les femmes est frappante. Malgré le fait que les indicateurs choisis relèvent des besoins élémentaires, cela prend en médiane 6 ans pour les femmes et 7 ans pour les hommes pour s'installer, c'est-à-dire avoir leur propre logement, un titre de séjour stable et une activité génératrice d'autonomie. Cela signifie que les migrants subsahariens traversent une longue période d'insécurité en France au moment de leur arrivée.

En regardant successivement les différents indicateurs d'installation, il est visible que la séquence d'installation diffère selon le sexe. Pour les hommes, la séquence semble être (1) activité génératrice d'autonomie, (2) logement personnel et (3) titre de séjour d'au moins un an. Cette séquence correspond à une insertion via le marché du travail. Pour les femmes, l'installation commence avec (1) un logement personnel puis (2) un titre de séjour d'au moins un an et (3) une activité génératrice d'autonomie. Cette séquence correspond à une part plus importante de femmes venues dans le cadre du regroupement familial en France. Bien que la durée de l'installation soit finalement similaire entre hommes et femmes, la séquence d'installation répond donc à des logiques différentes et genrées.

La Figure 10 représente la proportion des migrants, année par année et par sexe, dans une situation donnée à mesure qu'ils progressent dans leur processus d'installation.

Figure 10. Proportion de migrants qui ont obtenu un, deux ou trois éléments d'installation selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Groupe Médecine Générale



Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Les différences entre hommes et femmes sont manifestes. Une part importante d'hommes entame le processus d'installation par une longue période au cours de laquelle ils travaillent et sont financièrement indépendants mais n'ont ni logement personnel ni titre de séjour d'au moins un an. Cette situation est moins fréquente chez les femmes mais elle existe cependant. Ces chronogrammes mettent en évidence la diversité des trajectoires d'installation, chez les femmes en particulier. Certaines ont au départ seulement un logement, ce qui pourrait correspondre aux femmes venues dans le cadre du regroupement familial. Cependant, une proportion équivalente entame son processus d'installation en France avec une activité qui leur donne une autonomie financière, comme la majorité des hommes, et cela pourrait

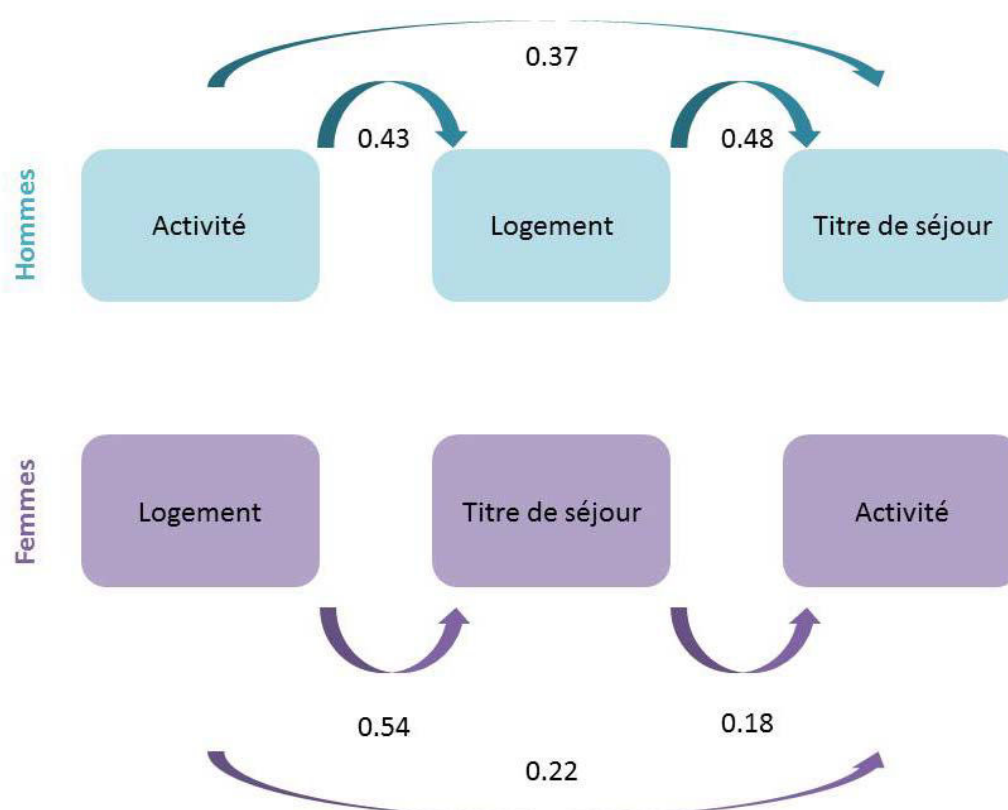
correspondre à une migration de travail. Au total, une grande majorité des femmes ont une activité qui leur permet de subvenir à leurs besoins après la septième année, quel que soit leur motif de venue en France. Ainsi, s'il semble que la séquence d'installation « classique » chez les hommes soit de commencer par le travail, les trajectoires semblent plus diverses chez les femmes.

La corrélation entre les trois éléments d'installation

La Figure 11 donne les coefficients de corrélation entre les trois éléments d'installation en rapport avec la séquence d'installation. Ces coefficients sont tous positifs et significativement différents de 1, les trois dimensions de l'installation sont donc liées.

Avoir accès à un élément d'installation accélère donc l'accès aux autres éléments, en particulier, la corrélation observée la plus forte est entre l'accès au logement et l'accès au titre de séjour d'au moins un an, pour les hommes comme pour les femmes.

Figure 11. Séquences d'installation et corrélations entre les trois éléments d'installation, par sexe



0.43 : coefficient de corrélation entre les deux éléments d'installation, obtenu à partir d'une matrice de corrélation résiduelle, cf. partie Population et Méthodes, Analyse Statistique.

Source : Enquête ANRS Parcours

Pour les hommes, il apparaît clairement que le logement et l'activité d'une part, le titre de séjour et le logement d'autre part, sont très corrélés et que le lien entre activité et titre de séjour existe mais de manière moins prononcée.

L'ensemble des résultats sur la séquence d'installation et les corrélations chez les hommes confirment l'idée qu'en France, une main d'œuvre irrégulière est employée (de manière non déclarée donc) dans certains secteurs de l'économie (Terray 1999), phénomène qu'ont rendu visible les différents mouvements de travailleurs sans-papiers en France dans les années 2000. Ces personnes peuvent rester longtemps avec seulement une activité, ou bien une activité et un logement, sans avoir de papiers en règle.

Pour les femmes, s'il est clair que le titre de séjour et le logement sont très liés, le lien entre l'activité et les autres éléments d'installation est moins fort, sans doute parce que les trajectoires d'installation des femmes sont plus hétérogènes : certaines sont venues pour travailler tandis que d'autres sont venues dans le cadre du regroupement familial.

Ce lien fort entre tous les éléments d'installation montre que dans le long parcours des migrants pour sortir de la précarité, ces trois éléments sont autant de jalons qui favorisent le processus en son entier.

Les étudiants, une voie d'installation particulière en France

Parmi les migrants subsahariens, 16% des hommes et 21% des femmes ont suivi des études supérieures en France à l'arrivée. Pour rappel, les étudiants sont inclus dans les analyses mais pas dans celle de l'accès à l'activité et dans les analyses multivariées. Logiquement, ces migrants connaissent un processus d'installation un peu différent des autres migrants : en particulier, le visa étudiant d'un an renouvelable leur permet d'avoir un accès plus rapide au titre de séjour d'au moins un an, et le fait d'être étudiant signifie souvent un accès à l'activité génératrice d'autonomie plus tardif (Tableau 7). Il est à noter que parmi les étudiants, les différences entre hommes et femmes sont quasi inexistantes, ce que les tests de différence entre les médianes non significatifs confirment. Les études constituent donc bien une voie d'installation particulière en France, pour laquelle les trajectoires des hommes et des femmes sont similaires.

Tableau 7. Médianes d'installation pour les étudiants, par sexe. Groupe Médecine Générale.

	Premier logement personnel Médiane (IIQ)	Premier titre de séjour ≥ 1 an Médiane (IIQ)	Première activité génératrice d'autonomie Médiane (IIQ)
Hommes (N=39)	2 (1 ; 4)	1 (1 ; 2)	5 (3 ; 7)
Femmes (N=56)	1 (1 ; 3)	1 (1 ; 3)	5 (3 ; 7)
<i>p</i>	NS	NS	NS

p : p-value du test de log-rank pondéré entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Sources : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

L'évolution des profils des femmes à l'arrivée en France

Des études récentes ont pointé les changements à l'œuvre dans la motivation des migrations récentes de femmes subsahariennes. En effet, les résultats de l'enquête TeO ont mis en avant l'augmentation de la proportion de femmes célibataires ou 'pionnières', c'est-à-dire venues en France en laissant un conjoint au pays et la convergence progressive des profils migratoires entre hommes et femmes notamment parmi les subsahariens (Beauchemin, Borrel et Régnard 2015). Cependant, si ces résultats laissent à penser que les nouvelles migrations féminines prenaient leurs racines dans une migration de travail de femmes plus éduquées et indépendantes qu'auparavant, les résultats de l'enquête Parcours dessinent un tableau un peu plus sombre. En effet, lorsque l'on compare les profils des femmes selon la période d'arrivée et leurs caractéristiques sociodémographiques, c'est plutôt un profil de femmes venues en France pour fuir des menaces dans leur pays qui apparaît (Tableau 8).

Les données de l'enquête Parcours confirment que de plus en plus de femmes sont arrivées célibataires en France au fil des années (18%, 42% et 44% pour les trois périodes, différence significative) et de plus en plus âgées. En parallèle, de moins en moins de femmes viennent pour rejoindre de la famille (63%, 36%, 34% respectivement). Bien que le test du chi² sur l'ensemble de la variable « Motif de migration » ne soit pas significatif ($p=0.10$), un test sur chaque catégorie révèle que cette baisse des motifs familiaux est significative ($p<0.01$). Plusieurs lois en France ont durci les conditions du regroupement familial ces dernières années (Block et Bonjour 2013), il est donc logique d'observer une baisse de la proportion de femmes venues pour cette raison. Cependant, le pendant de cette baisse n'est pas une augmentation de la proportion de femmes venues pour travailler ou étudier, comme on pourrait s'y attendre, mais bien une augmentation importante de la proportion de femmes

venues en raison de menaces dans leurs pays (8% ; 18% et 23% respectivement, $p < 0.01$ pour le test sur cette catégorie vs les autres).

Tableau 8. Comparaison des profils des femmes subsahariennes en fonction de leur période d'arrivée. Groupe Médecine Générale.

	Arrivée 1972-1995 N=82		Arrivée 1996-2004 N=97		Arrivée 2005-2011 N=87		<i>p</i>
Région de naissance	%	n	%	n	%	n	
Afrique de l'Ouest	47.8	47	57.5	53	51.3	41	NS
Afrique centrale	48.0	33	38.5	40	43.2	42	
Afrique de l'Est et du Sud	4.2	2	4.0	4	5.6	4	
Âge à l'arrivée							
18-24	46.9	40	33.8	33	35.0	23	*
25-34	51.2	39	40.7	47	35.9	34	
35+	1.9	3	25.6	17	29.1	30	
Niveau d'étude à l'arrivée							
Aucun/Primaire	34.6	31	18.1	15	13.1	17	NS
Secondaire	54.4	40	65.2	66	64.7	55	
Supérieur	11.1	11	16.7	16	22.2	15	
Statut conjugal à l'arrivée							
Célibataire	18.4	16	41.8	42	44.1	37	**
Partenaire stable en France	76.7	61	50.2	47	43.9	40	
Partenaire stable à l'étranger	4.9	5	8.1	8	12.0	10	
Motif de la venue en France							
Tenter sa chance/travail	13.9	17	31.6	34	23.2	24	NS
Raisons familiales	62.7	49	36.2	33	33.9	28	
Menacé dans son pays	8.3	5	18.0	15	23.4	23	
Études	10.5	8	12.9	12	15.1	7	
Raisons médicales	4.7	2	1.3	3	4.3	5	
Réseau à l'arrivée							
Partenaire	59.9	43	29.4	29	25.7	22	**
Famille (pas de partenaire)	30.5	31	54.7	49	42.9	35	
À des amis seulement	7.1	6	9.3	13	12.1	12	
Ne connaît personne	2.5	2	6.6	6	19.3	18	

p : p-value du test du chi2 entre les périodes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source: Enquête ANRS Parcours 2012-2013

En même temps, la proportion de femmes qui ne connaissent personne en France à leur arrivée augmente progressivement et passe de 3% entre 1972 et 1995 à 19% pour les femmes arrivées depuis 2005. Ainsi, les femmes arrivées récemment en France se trouvent dans des conditions plus difficiles. Cela peut-être lié à plusieurs crises politiques qui ont eu lieu depuis le milieu des années 1990 dont notamment le génocide au Rwanda (1994), les guerres au Congo (1996-1999, puis 1998-2003), la guerre en Côte d'Ivoire (2002-2007) et la crise plus récente dans ce pays (2010-2011), la guerre en Centrafrique (2004-2007). Ce résultat met en lumière un groupe de femmes arrivées récemment, ayant subi des menaces et plus isolées que leurs aînées en migration.

Une installation lente, et de plus en plus lente

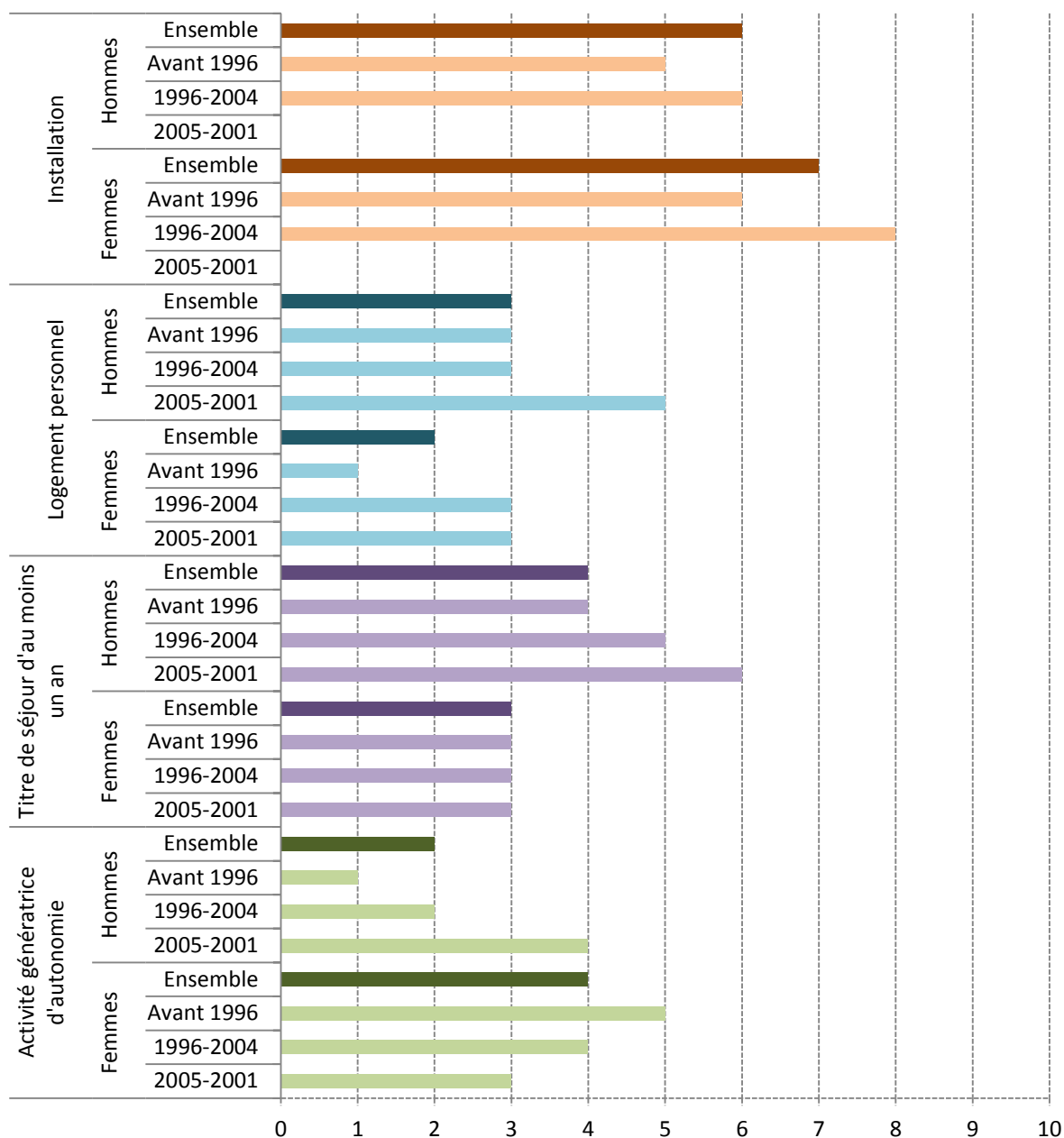
Pour approfondir la question de l'évolution de ces médianes d'installation au cours du temps, celles-ci ont été calculées pour chaque indicateur et pour chaque période (Figure 12).

Les médianes d'installation tendent à stagner ou augmenter au fur et à mesure que l'arrivée est récente, à l'exception notable de l'accès à l'activité chez les femmes qui tend à s'accélérer : on vient de voir que cette accélération peut être due au changement de profils des femmes.

En dehors de cet accès plus rapide des femmes à l'activité, toutes les médianes restent équivalentes ou bien s'allongent, en particulier pour les hommes. Au jour de l'enquête, la moitié des migrants arrivés entre 2005 et 2011 n'a pas encore eu accès aux trois éléments d'installation ; la médiane d'installation globale ne peut donc être calculée. Toutefois, l'allongement des médianes pour chaque élément d'installation laisse à penser que l'installation (indicateur combiné) sera plus longue pour les hommes arrivés depuis 2005.

Cet allongement des médianes d'installation pointe une dégradation récente de la situation des migrants subsahariens en France, que ce soit en raison du durcissement des politiques migratoires ou de la dégradation de la situation économique qui affecte l'activité et le logement dont on a vu qu'ils étaient très corrélés.

Figure 12. Les médianes d'installation en nombre d'années passées en France, selon la période d'arrivée des migrants, par sexe



Médianes de Kaplan Meier

Note : la médiane sur les trois éléments d'installation ne peut être calculée pour la dernière période car la moitié des migrants arrivés entre 2005 et 2011 n'a pas encore eu accès aux trois éléments d'installation

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

*b) Analyse des facteurs associés à l'installation. Caractéristiques individuelles et
contexte structurel : qu'est-ce qui compte ?*

Le Tableau 9 donne les résultats des régressions logistiques à temps discret sur les probabilités année par année pour les hommes et les femmes d'accéder à un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an et une activité génératrice d'autonomie, suivies par les probabilités d'avoir eu accès aux trois éléments d'installation. Sont ainsi donnés les facteurs qui peuvent accélérer ou freiner l'installation des migrants.

Parmi les hommes, un gradient est visible au niveau de l'éducation. Plus les migrants sont instruits, plus leur accès aux trois ressources est rapide. Cet effet est particulièrement fort pour l'accès à un titre de séjour d'au moins un an (ORa niveau supérieur=3.07 [1.48,6.36]). En ce qui concerne la situation familiale, le fait d'avoir un partenaire stable en France à l'arrivée est logiquement associé à un accès plus rapide à un logement personnel. D'autre part, la période récente (2005-2011) est associée à un accès plus lent à l'activité génératrice d'autonomie (OR=0.32 [0.16-0.64]) (Tableau 9).

Parmi les femmes, le fait d'être arrivée pendant la période récente a un fort effet négatif sur le processus d'installation (OR=0.35 [0.18-0.67] pour l'accès à un logement personnel; 0.42 [0.21-0.87] pour l'accès à l'activité génératrice d'autonomie). Les résultats tendent donc à souligner une situation dégradée pour les femmes arrivées récemment. Cela peut signifier deux choses qui ne sont ni contradictoires, ni exclusives l'une de l'autre : premièrement, les profils des femmes ont évolué dans les années récentes, et cela peut expliquer leur accès plus difficile au logement que précédemment car ces femmes sont plus souvent arrivées seules et pas forcément pour rejoindre un membre de la famille. Cependant l'effet négatif de la période persiste après ajustement sur les motifs de migration, aussi doit-on faire l'hypothèse que l'accès plus lent à une activité génératrice d'autonomie reflète la crise économique de 2008 en France, qui a pu avoir un impact sur les secteurs féminisés de l'emploi. Par ailleurs, l'activité chez les femmes est plus dépendante des caractéristiques individuelles que pour les hommes. Les raisons de la migration jouent, ainsi que le niveau d'étude (ORa= 2.24 [1.27-3.97] pour le niveau secondaire, ORa=5.47 [2.39-12.53] pour le niveau supérieur). Ceci étant dit, l'effet négatif de la période récente demeure, après ajustement sur tous ces facteurs.

En ce qui concerne l'indicateur combiné, les différentes dimensions de l'installation tendent à se compenser, ce qui a pour conséquence l'absence de différenciation entre les migrants : l'installation est un processus long pour toute personne venue d'Afrique subsaharienne vers la France, quel que soit son profil. Pour les hommes, le fait d'avoir fait des études supérieures

accélère l'installation (ORa niveau supérieur=4.15 [1.86, 9.24]); pour les femmes, le seul facteur qui reste associé à l'installation est le motif de venue en France (ORa travail/tenter sa chance/étudier=1.60 [1.04-2.47]). Ainsi, malgré la diversité des profils, les migrants subsahariens ont tous une probabilité importante de traverser une longue période de précarité et peu de caractéristiques individuelles apparaissent comme protectrices. De plus, la période d'arrivée qui capture le contexte dans lequel les personnes arrivent semble influencer plusieurs dimensions de l'installation. Elle est associée à un accès plus lent à l'activité pour les hommes, un accès plus lent au logement personnel et à l'activité pour les femmes. Cela pourrait être dû à la fois au durcissement des lois sur l'immigration (et en particulier à la restriction de l'accès à la carte de résident) et à la crise économique qui a commencé en 2008. La période récente joue aussi négativement sur l'indicateur combiné d'installation (ORa=0.61 pour les deux sexes), cependant l'association n'est pas significative, peut-être par manque de puissance statistique.

Tableau 9. Facteurs associés à l’installation des migrants subsahariens en France, par sexe. Groupe Médecine Générale.

	Hommes (N=208)				Femmes (N=210)			
	Premier accès au logement personnel	Premier accès titre de séjour d’au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d’autonomie	Premier accès à l’installation (indicateur combiné)	Premier accès au logement personnel	Premier accès au titre de séjour d’au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d’autonomie	Premier accès à l’installation (indicateur combiné)
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps depuis arrivée en France	0.87[0.81,0.95]	1.02 [0.97,1.07]	0.61 [0.49,0.76]	1.04 [0.99,1.10]	0.90 [0.83,0.98]	1.01 [0.95,1.07]	0.93 [0.88,0.98]	1.04 [1.00,1.08]
Période d’arrivée								
Avant 1996 (ref)	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	0.69[0.42,1.13]	0.85 [0.55,1.33]	0.82 [0.42,1.60]	0.88 [0.57,1.34]	0.70 [0.40,1.20]	1.02 [0.64,1.63]	0.74 [0.40,1.34]	0.86 [0.55,1.34]
2005-2011	0.55[0.28,1.08]	0.80 [0.39,1.65]	0.32[0.16,0.64]	0.61 [0.27,1.36]	0.35[0.18,0.67]	1.21 [0.69,2.14]	0.42 [0.21,0.87]	0.61 [0.32,1.18]
Région de naissance								
Afrique de l’Ouest (ref)	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, est et sud	0.77[0.46,1.30]	1.15 [0.63,2.09]	0.99 [0.52,1.89]	0.87 [0.48,1.57]	0.88 [0.52,1.49]	0.87 [0.57,1.33]	0.66 [0.40,1.08]	0.77 [0.49,1.21]
Âge à l’arrivée								
18-27 (ref)	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
28+	0.73[0.48,1.14]	0.72 [0.46,1.11]	0.75 [0.41,1.39]	0.65 [0.42,1.02]	1.16 [0.70,1.92]	0.97 [0.65,1.45]	0.93 [0.57,1.51]	0.95 [0.60,1.49]
Niveau d’étude à l’arrivée								
Aucun/primaire (ref)	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	1.32[0.75,2.34]	1.57 [0.90,2.75]	1.31 [0.69,2.50]	1.86 [1.04,3.31]	1.09 [0.62,1.91]	0.79 [0.46,1.34]	2.24[1.27,3.97]	1.51 [0.87,2.62]
Supérieur	2.19[1.03,4.64]	3.07[1.48,6.36]	1.93 [0.77,4.87]	4.15[1.86,9.24]	1.65 [0.62,4.38]	0.68 [0.28,1.63]	5.47[2.39,12.53]	2.02 [0.80,5.11]
Statut conjugal à l’arrivée								
Célibataire (ref)	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Partenaire stable en France	1.85[1.06,3.21]	1.57 [0.94,2.64]	0.88 [0.43,1.77]	1.61 [0.96,2.68]	2.28[1.40,3.72]	1.70 [1.02,2.82]	0.77 [0.40,1.50]	1.48 [0.90,2.42]
Partenaire stable à l’étranger	0.97[0.54,1.73]	0.90 [0.52,1.55]	1.07 [0.51,2.21]	0.88 [0.47,1.63]	0.70 [0.35,1.41]	0.87 [0.38,2.01]	0.67 [0.27,1.69]	1.04 [0.51,2.13]
Motif de venue en France								
Raisons familiales/médicale (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Travail/Tenter sa chance/étudier	0.98[0.55,1.74]	1.40 [0.80,2.46]	1.09 [0.46,2.58]	1.02 [0.58,1.80]	0.83 [0.51,1.35]	0.97 [0.59,1.58]	2.19 [1.18,4.07]	1.60 [1.04,2.47]
Menacé dans son pays	0.92[0.46,1.82]	1.10 [0.54,2.21]	0.79 [0.34,1.86]	0.92 [0.49,1.75]	0.55 [0.29,1.03]	0.54[0.27,1.07]	2.54[1.33,4.84]	1.05 [0.52,2.10]
Avoir déjà vécu en France	1.11[0.43,2.90]	4.98[1.89,13.11]	-	1.83 [0.73,4.59]	0.98 [0.38,2.54]	0.89 [0.38,2.09]	0.96 [0.42,2.18]	0.98 [0.38,2.50]

Régressions logistiques à temps discrets, odds ratios ajustés

Champ : personnes du groupe Médecine Générale arrivées en France à 18 ans et plus, arrivées au moins un an après l’enquête et qui ne sont pas étudiants à l’arrivée

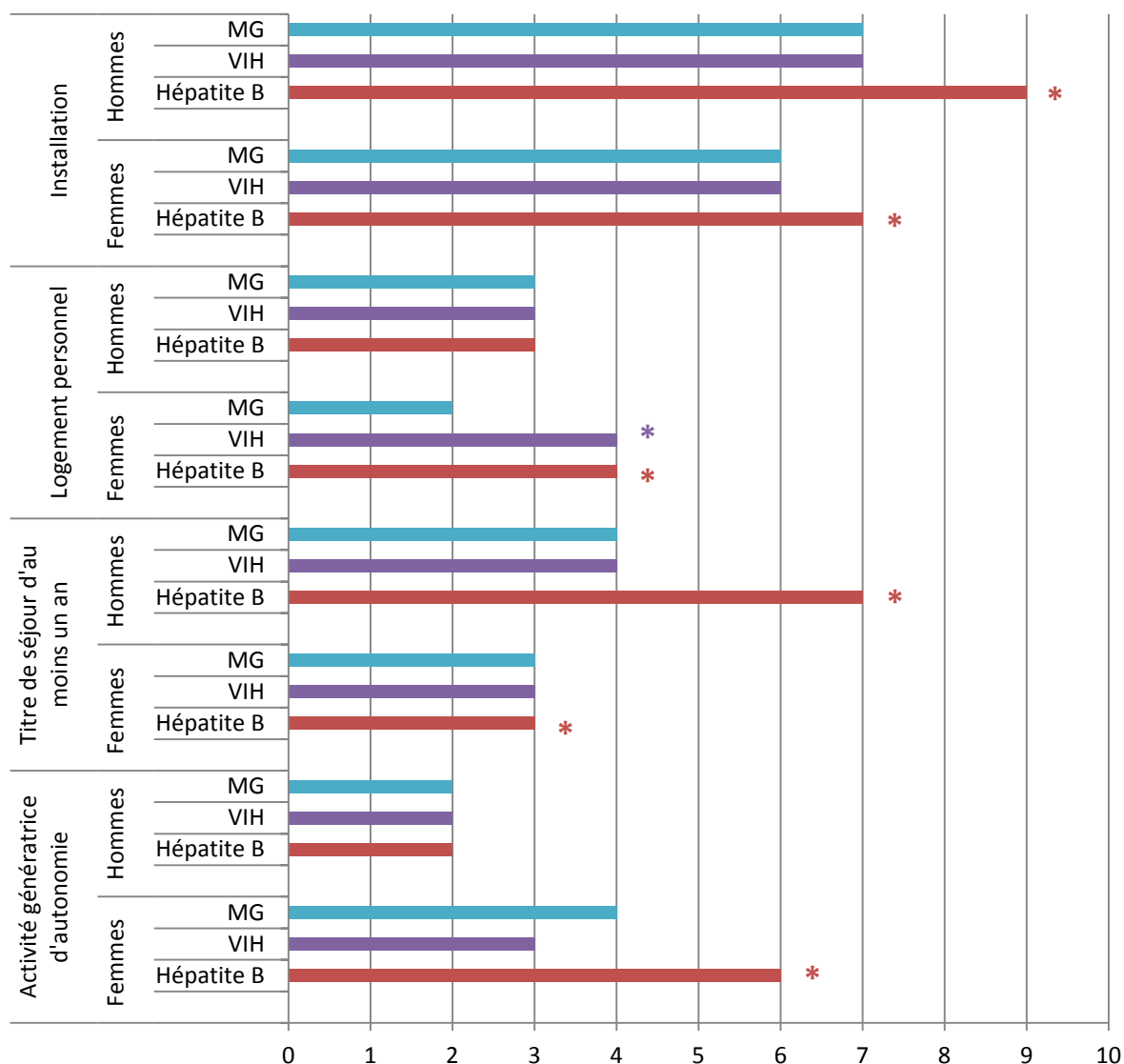
Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

c) Un processus d'installation très similaire chez les migrants atteints du VIH/sida ou de l'hépatite B

L'analyse a porté principalement sur le groupe Médecine générale car il paraissait important de décrire finement les trajectoires d'installation des migrants subsahariens en France indépendamment de la question de la maladie. L'analyse sur les deux autres groupes d'étude, le groupe VIH et le groupe hépatite B, révèle que les processus d'installation dans le groupe VIH sont en réalité très similaires à celui des migrants du groupe Médecine Générale et que le groupe Hépatite B semble rester plus longtemps dans la précarité que les deux autres (Figure 13).

Seule une différence est significative entre le groupe VIH et le groupe Médecine générale : les femmes du groupe VIH accèdent plus lentement au logement personnel (en médiane au bout de 4 ans), ce semblerait indiquer une difficulté particulière pour les femmes atteintes par le VIH dans l'accès au logement. Il semble aussi que l'accès à l'activité pour les femmes VIH soit plus rapide que pour les femmes du groupe Médecine générale, même si cette différence n'est pas significative dans cette analyse. Cet accès plus rapide à l'activité chez les femmes VIH a fait l'objet d'une analyse conjointe avec une sociologue et a permis de mettre en lumière le rôle joué par les associations de femmes migrantes séropositives pour le VIH dans cet accès accéléré à l'activité, car elles offrent des dispositifs spécifiques d'accès à l'emploi, mais aussi une prise en charge sociale globale en termes de logement et de papiers qui favorise l'accès à l'emploi (cf. Annexe I, article *AIDS Care*).

Figure 13. Les médianes d'installation en nombre d'années passées en France, selon le groupe d'étude, par sexe



* médiane significativement différente du groupe Médecine générale, test du log-rank pondéré

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Pour le reste, les deux groupes sont très similaires et les médianes d'installation sur l'indicateur combiné (avec les trois éléments d'installation) sont identiques.

En revanche, le groupe Hépatite B connaît des trajectoires d'installation plus longues que les autres. Cette différence s'explique par les spécificités du dépistage Hépatite B en France, plus systématiquement proposé en structures de consultation précaire. Bien que l'échantillon ait été recruté dans les structures de référence d'Ile-de-France, il est possible que les personnes dépistées et prises en charge pour une hépatite B en France soient les plus précaires, ce qui est

également suggéré dans une étude qualitative récente auprès de médecins généralistes (Enel 2012; Dray-Spira et al. 2015).

Les facteurs associés à l'installation sont également très similaires entre les groupes (cf. Tableaux A2 et A3 pour les régressions sur le groupe VIH et Hépatite B).

En général, les trajectoires d'installation des migrants subsahariens sont très longues, que l'on soit malade ou non. La précarité est donc le lot commun de tous les migrants subsahariens qui arrivent en France, indépendamment du fait qu'ils soient ou non touchés par la maladie.

Conclusion

Le processus d'installation compris comme la sortie de la précarité est long pour tous les migrants subsahariens qui arrivent en France, qu'ils soient ou non atteints par le VIH ou par l'hépatite B. La maladie n'est donc pas déterminante dans le processus d'installation ; d'autres logiques sont à l'œuvre et en particulier l'analyse menée, puisqu'elle met en évidence que peu de facteurs individuels influent sur l'installation, révèle en creux le poids du contexte social dans lequel s'inscrivent les trajectoires d'installation de ces migrants. Certes le niveau d'étude pour les hommes et le motif de migration pour les femmes continuent à jouer un rôle, mais ce sont les seuls facteurs qui ressortent alors qu'on aurait pu s'attendre à un poids bien plus important d'autres caractéristiques individuelles sur le rythme de l'installation prise au sens global. De plus, la période récente est caractérisée par un ralentissement du processus d'installation sous plusieurs dimensions. Les durcissements successifs des politiques d'immigration en France et la crise économique depuis 2008 ont indubitablement provoqué un allongement de cette longue période de précarité que les migrants connaissent à l'arrivée.

Annexes du Chapitre 2

Tableau A1. Proportions de personnes qui reviennent à l'instabilité après avoir obtenu un élément d'installation. Groupe Médecine Générale. N=418

	Hommes		Femmes	
	%	n	%	n
Personnes retournant en "logement non personnel" après avoir accédé à un logement personnel	16%	38	11%	21
Personnes redevenant "sans-papiers" après avoir obtenu un titre de séjour d'au moins un an	3%	7	2%	4
Personnes perdant leur activité génératrice d'autonomie	7%	39	19%	67

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau A2. Facteurs associés à l'installation des migrants subsahariens en France, par sexe. Groupe VIH

Hommes (N=275)					Femmes (N=440)				
	Premier accès au logement personnel	Premier accès au titre de séjour d'au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d'autonomie	Premier accès à l'installation (indicateur combiné)	Premier accès au logement personnel	Premier accès au titre de séjour d'au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d'autonomie	Premier accès à l'installation (indicateur combiné)	
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	
Temps depuis arrivée en France	0.91[0.85,0.96]	0.99 [0.95,1.03]	0.69[0.59,0.81]	1.00 [0.96,1.04]	0.98 [0.93,1.02]	1.00 [0.96,1.04]	0.76 [0.71,0.82]	1.06 [1.02,1.10]	
Période d'arrivée									
Avant 1996 (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	
1996-2004	0.99 [0.62,1.57]	1.03 [0.69,1.53]	1.04 [0.51,2.12]	1.35 [0.83,2.19]	0.79 [0.52,1.18]	1.07 [0.73,1.58]	1.00 [0.67,1.50]	1.25 [0.87,1.80]	
2005-2011	0.56[0.30,1.04]	1.71 [1.11,2.63]	0.74 [0.34,1.65]	1.39 [0.73,2.64]	0.61[0.39,0.96]	1.32 [0.82,2.10]	0.76 [0.47,1.23]	1.22 [0.77,1.94]	
Région de naissance									
Afrique de l'Ouest (ref)	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	
Afrique centrale, est et sud	0.64 [0.44,0.93]	0.72 [0.48,1.08]	0.84 [0.50,1.42]	0.68 [0.42,1.08]	1.04 [0.73,1.46]	1.17 [0.86,1.58]	0.72 [0.52,0.99]	1.04 [0.74,1.48]	
Âge à l'arrivée									
18-27 (ref)	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	
28+	0.91 [0.59,1.39]	1.05 [0.74,1.50]	0.92 [0.49,1.72]	0.85 [0.55,1.33]	0.90 [0.66,1.24]	1.09 [0.80,1.48]	0.84 [0.59,1.19]	0.83 [0.60,1.15]	
Niveau d'étude à l'arrivée									
Aucun/primaire (ref)	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	
Secondaire	1.40 [0.89,2.19]	0.76 [0.51,1.13]	0.97 [0.53,1.77]	0.99 [0.62,1.56]	0.90 [0.61,1.32]	1.10 [0.79,1.54]	1.16 [0.80,1.70]	1.04 [0.71,1.53]	
Supérieur	1.45 [0.82,2.56]	0.84 [0.51,1.37]	0.85 [0.41,1.78]	0.84 [0.43,1.61]	0.91 [0.53,1.56]	0.95 [0.57,1.58]	0.93 [0.54,1.60]	0.77 [0.45,1.31]	
Statut conjugal à l'arrivée									
Célibataire (ref)	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	
Partenaire stable en France	1.01 [0.67,1.51]	1.68[1.15,2.46]	1.95 [1.18,3.23]	1.51 [1.00,2.29]	2.16[1.59,2.94]	1.53[1.14,2.05]	1.00 [0.69,1.45]	1.89 [1.35,2.64]	
Partenaire stable à l'étranger	1.18 [0.73,1.90]	1.03 [0.65,1.63]	2.19 [1.10,4.39]	1.27 [0.73,2.19]	1.09 [0.60,1.99]	0.93 [0.53,1.63]	1.03 [0.55,1.94]	1.12 [0.64,1.95]	
Motif de migration									
Raisons familiales/médicale (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	
Travail/tenter sa chance/étudier	1.20 [0.71,2.04]	0.56[0.32,0.98]	1.59 [0.81,3.10]	0.98 [0.52,1.83]	0.89 [0.64,1.24]	0.86 [0.64,1.15]	1.61 [1.11,2.35]	1.20 [0.86,1.66]	
Menacé dans son pays	1.22 [0.66,2.26]	1.15 [0.64,2.05]	1.08 [0.55,2.12]	1.86 [0.96,3.60]	1.00 [0.66,1.50]	0.82 [0.52,1.29]	1.35 [0.81,2.25]	1.10 [0.65,1.87]	
Avoir déjà vécu en France	1.50 [0.68,3.31]	0.70 [0.24,2.09]	0.56 [0.21,1.49]	0.75 [0.26,2.14]	6.85[1.53,30.61]	1.59 [0.56,4.58]	0.56 [0.11,2.74]	0.90 [0.15,5.53]	

Régressions logistiques à temps discrets, odds ratios ajustés

Champ : personnes du groupe VIH arrivés en France à 18 ans et plus, arrivées au moins un an après l'enquête et qui ne sont pas étudiants à l'arrivée

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau A3. Facteurs associés à l'installation des migrants subsahariens en France, par sexe. Groupe Hépatite B

	Hommes (N=409)				Femmes (N=133)			
	Premier accès au logement personnel	Premier accès au titre de séjour d'au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d'autonomie	Premier accès à l'installation (Indicateur combiné)	Premier accès au logement personnel	Premier accès au titre de séjour d'au moins un an	Premier accès à une activité génératrice d'autonomie	Premier accès à l'installation (Indicateur combiné)
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps depuis arrivée en France	0.87[0.83,0.92]	1.06 [1.02,1.10]	0.73 [0.65,0.82]	1.08[1.03,1.12]	0.90 [0.82,0.99]	1.01 [0.92,1.10]	0.91[0.82,1.00]	1.06 [0.98,1.15]
Période d'arrivée								
Avant 1996 (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	0.66[0.44,1.01]	0.72 [0.50,1.02]	0.89 [0.51,1.56]	0.81 [0.54,1.21]	1.88 [0.84,4.18]	0.92 [0.40,2.12]	0.72 [0.33,1.57]	0.68 [0.31,1.48]
2005-2011	0.39[0.23,0.65]	0.64 [0.39,1.05]	0.28 [0.16,0.47]	0.44 [0.25,0.80]	0.51 [0.22,1.19]	0.42[0.17,1.03]	0.29 [0.10,0.85]	0.25 [0.09,0.73]
Région de naissance								
Afrique de l'Ouest (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, est et sud	0.55[0.35,0.87]	0.73 [0.44,1.23]	0.88 [0.54,1.41]	0.52 [0.30,0.91]	2.31 [1.05,5.05]	1.42 [0.70,2.86]	0.60 [0.25,1.45]	1.35 [0.60,3.06]
Âge à l'arrivée								
18-27 (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
28+	1.08[0.81,1.46]	0.99 [0.72,1.37]	1.17 [0.82,1.66]	1.17 [0.84,1.63]	0.79 [0.44,1.41]	1.09 [0.65,1.85]	1.79 [0.88,3.61]	1.23 [0.64,2.36]
Niveau d'étude à l'arrivée								
Aucun/primaire (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	0.90[0.64,1.27]	0.84 [0.60,1.17]	0.97 [0.65,1.44]	0.87 [0.60,1.28]	1.83 [1.00,3.35]	1.23 [0.66,2.30]	1.80 [0.90,3.58]	2.14 [1.08,4.26]
Supérieur	1.52[1.01,2.31]	2.32[1.45,3.70]	1.00 [0.59,1.69]	2.38 [1.51,3.74]	1.43 [0.48,4.28]	1.26 [0.48,3.29]	1.23 [0.36,4.21]	1.71 [0.50,5.80]
Statut conjugal à l'arrivée								
Célibataire (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Partenaire stable en France	1.64[1.08,2.48]	1.37 [0.89,2.10]	1.88[1.14,3.10]	1.35 [0.84,2.17]	4.44[2.55,7.75]	1.60 [0.91,2.82]	1.08 [0.55,2.14]	2.87 [1.57,5.25]
Partenaire stable à l'étranger	0.83[0.57,1.21]	1.10 [0.74,1.65]	0.74 [0.46,1.19]	1.09 [0.72,1.64]	1.08 [0.20,5.81]	1.39 [0.44,4.39]	0.47 [0.13,1.69]	1.20 [0.25,5.62]
Motif de migration								
Raisons familiales/médicale (ref)	1.00[1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]	1.00[1.00,1.00]
Travail/Tenter sa chance/étudier	1.08[0.68,1.72]	0.76 [0.45,1.31]	1.21 [0.73,2.01]	0.88 [0.49,1.58]	0.73 [0.39,1.35]	0.44[0.23,0.82]	1.26 [0.61,2.61]	1.11 [0.59,2.09]
Menacé dans son pays	1.36[0.82,2.25]	0.72 [0.38,1.36]	0.71 [0.41,1.22]	1.13 [0.59,2.17]	0.42 [0.15,1.17]	0.58 [0.24,1.41]	1.75 [0.59,5.24]	1.85 [0.73,4.66]
Avoir déjà vécu en France	0.79[0.26,2.43]	0.93 [0.21,4.16]	0.36 [0.08,1.54]	1.23 [0.26,5.82]	3.05 [1.17,7.96]	38.04[8.85,163.50]	3.10 [0.34,28.73]	11.96[3.20,44.63]

Régressions logistiques à temps discrets, odds ratios ajustés

Champ : personnes du groupe Hépatite B arrivées en France à 18 ans et plus, arrivées au moins un an après l'enquête et qui ne sont pas étudiants à l'arrivée

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

LES RUPTURES BIOGRAPHIQUES APRÈS LA MALADIE : DES
TRAJECTOIRES FRÉQUENTES ?

Valorisations

- Communication orale

“Un petit toit à soi” quand on est séropositive pour le VIH. Trajectoires de logement autour du diagnostic VIH des femmes d’Afrique subsaharienne en France”, *Congrès de l’Association Française de Sociologie*, Saint-Quentin-en-Yvelines, France, Juin 2015

« Tes trois enfants dorment encore (...). La fille dort avec toi. Tu l'as recueillie, il y a un peu plus d'un an, après le décès de sa mère, ta sœur cadette. Morte du sida. Injuste mort. C'est à peine si elle y avait cru, lorsqu'elle s'était aperçue que tous les symptômes de sa maladie pointaient vers le sida : le zona, l'amaigrissement, le début des diarrhées et la toux tuberculeuse. Lorsqu'elle avait reçu les résultats des tests et qu'elle t'avait dit qu'ils indiquaient de façon irréfutable qu'elle était malade du sida, une soudaine peur panique t'avait saisie... »

Emmanuel Dongala, *Photo de groupe au bord du fleuve*, 2010

1. Introduction

Une maladie comme le VIH/sida et l'Hépatite B peut avoir un impact sur des dimensions très variées de la vie des personnes, leurs conditions matérielles d'existence comme leur vie affective. Cet impact peut être complexe et ne pas intervenir dès l'annonce de la maladie mais quelques mois ou quelques années tard. Les travaux précédents, notamment en sociologie de la santé, permettent de faire des hypothèses assez précises sur l'impact de l'annonce du VIH qui seront détaillées par la suite. En revanche, l'impact de l'annonce d'une Hépatite B est bien moins connu. L'analyse exploratoire systématique de l'impact de la maladie sur les parcours de vie au moyen de l'analyse dite « de séquences » semble donc indiquée dans ce cas précis, car elle permet d'explorer de manière quantitative et fine l'ensemble des parcours possibles au moment de l'annonce de la maladie.

L'analyse des parcours de vie (*lifecourse approach*) s'est développée dans les dernières décennies grâce à l'amélioration des méthodes de collecte qui permettent de recueillir des données longitudinales, amélioration associée au développement des outils statistiques et des logiciels qui permettent de traiter quantitativement ces données. Depuis le début des années 1980, l'approche dominante dans ce champ est *l'event history analysis* (analyse biographique) qui mobilise les analyses de survie comme Kaplan Meier et le modèle de Cox (Courgeau et Lelièvre 1989; Bocquier 1996). Dans le domaine de la santé, c'est une approche qui est mobilisée à la fois pour étudier les effets à long terme d'expositions dans l'enfance sur la santé des personnes à l'âge adulte (Kuh et Ben-Shlomo 2004) ou encore pour étudier l'impact de déterminants sociaux sur la santé des personnes au cours du temps (Bartley 2003).

Cependant, si ces approches permettent de centrer l'analyse sur la survenue d'événements particuliers, l'ambition de l'approche des parcours de vie est aussi de pouvoir saisir les trajectoires dans leur ensemble. L'analyse de séquences, qui vient du champ de la biologie puisqu'elle a d'abord été utilisée pour étudier les séquences d'ADN, est mobilisée dans les sciences sociales depuis les années 1980. Elle permet d'appréhender les parcours individuels

comme un tout, une unité statistique, dans une analyse séquentielle (Abbott et Forrest 1986; Billari 2001). L'objectif de ces méthodes est en effet d'explorer et de décrire les parcours de vie, au moyen notamment de typologies de trajectoires (Robette 2011).

Cette méthode consiste à envisager la trajectoire d'une personne comme une succession d'états. Pour chaque personne, sa séquence est ainsi reconstituée ; il s'agit ensuite de regrouper les séquences en mesurant leur similitude et leur dissemblance au moyen d'une analyse géométrique des données et obtenir ainsi une typologie de trajectoires. C'est une méthode qui a déjà été mobilisée pour traiter de questions très diverses, que ce soit des questions assez classiques de la démographie, comme les transitions vers l'âge adulte (Robette 2010), mais aussi des questions autour de la migration par exemple l'étude de Kleinepier et ses collègues sur les trajectoires familiales de migrants polonais aux Pays-Bas (Kleinepier, de Valk, et Van Gaalen 2015). Toutefois, les études sur l'impact d'un événement sur l'ensemble d'une trajectoire sont quasi inexistantes ; cette thèse a ainsi pour objectif de proposer une manière d'appréhender l'impact d'un diagnostic sur les trajectoires de vie de manière quantitative et novatrice.

Il est enfin à noter que cette méthode d'analyse de séquences est essentiellement descriptive. Son utilisation pour interpréter l'inférence causale est beaucoup discutée en raison notamment des débats autour de la structuration des classes qui dépend beaucoup des algorithmes de regroupement de séquences. L'absence de validité externe de cette méthode à ce jour, au sens où il n'existe pas de test, de mesure des erreurs aléatoires, est également discutée (King 2013, Bocquier 2014). Suivant cette critique, la méthode d'analyse séquentielle est mobilisée ici pour décrire de manière fine et systématique l'impact du VIH ou de l'hépatite B sur les trajectoires de vie des migrants subsahariens, description qui permet de formuler des hypothèses pour la suite des analyses.

Ce chapitre a donc pour objectif de décrire les trajectoires autour du diagnostic, en adaptant la méthode d'analyse de séquences à l'objet d'étude : l'accent est ainsi mis sur la comparaison de l'impact du diagnostic VIH et de l'Hépatite B.

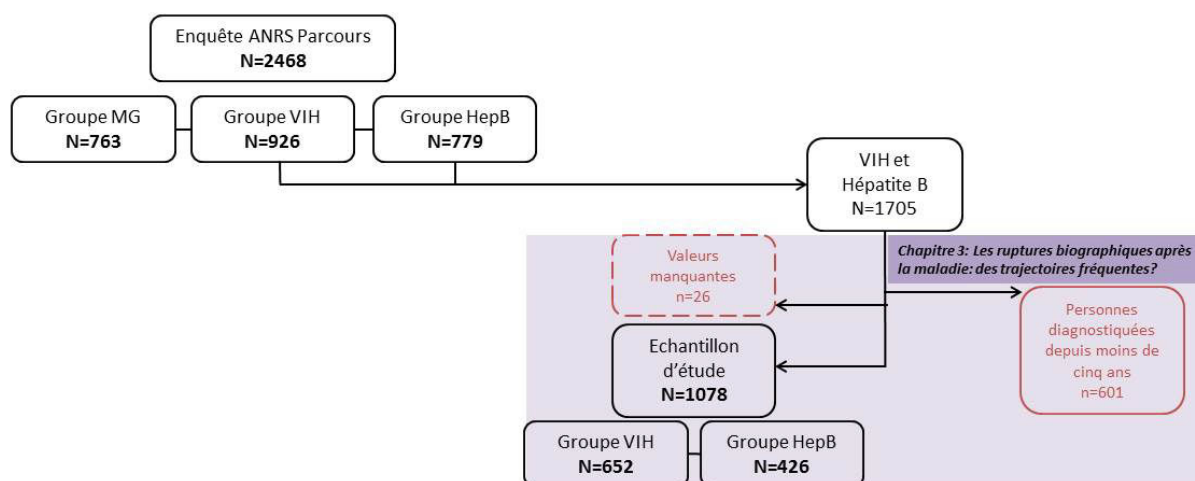
2. Population et méthodes

Description de la population d'étude

L'analyse de l'impact de la maladie porte par définition sur les deux groupes VIH et Hépatite B, le groupe Médecine Générale n'est pas inclus dans l'analyse (Figure 14). Pour parler précisément, c'est bien le moment de l'annonce du diagnostic VIH ou Hépatite B qui est

considéré comme moment pivot, et non pas l'apparition de la maladie elle-même qui a pu précéder le diagnostic ou au contraire arriver beaucoup plus tard. En effet, le diagnostic peut survenir à un moment où les personnes n'ont pas encore de symptômes (le VIH/sida et l'hépatite B sont deux maladies avec une phase asymptomatique) et d'autre part, ces mêmes symptômes peuvent arriver progressivement et l'apparition de la maladie est donc difficile à dater. Ce sont donc bien les conséquences sociales du diagnostic qui sont mesurées ici. Quand il est mentionné dans le texte de « l'impact de la maladie », il s'agit donc bien de l'impact du diagnostic de la maladie.

Figure 14. Diagramme de la population d'analyse sur les trajectoires autour du diagnostic



Au moment de choisir la période sur laquelle l'impact de la maladie sera examiné, deux contraintes s'imposent : premièrement, s'il est entendu qu'une maladie peut avoir un impact sur le long terme, plus la fenêtre d'observation sera grande, plus il sera difficile d'attribuer tel ou tel événement à la maladie. Deuxièmement, il est malaisé d'appliquer l'analyse de séquences sur un groupe d'individus dont la période d'observation diffère d'un individu à l'autre : en effet, les trajectoires plus courtes auront tendance à être regroupées dans une même classe, introduisant un biais dans la typologie de trajectoires. Autrement dit, la censure à droite pose problème pour explorer les trajectoires et faire des typologies de parcours (Gauthier et al. 2010; Robette 2011). Au vu de ces difficultés, et pour adapter la méthode de l'analyse de séquences aux données de l'enquête Parcours et aux objectifs de cette thèse, il a été décidé d'approcher l'impact sur une durée de cinq ans après le diagnostic. Sont ainsi exclues de l'analyse toutes les personnes qui ont été diagnostiquées depuis moins de cinq ans,

pour lesquelles il est estimé que l'impact ne peut pas être observé de manière satisfaisante (Figure 14).

Les circonstances du diagnostic dans la sous-population d'étude sont décrites dans le Tableau 10. La proportion de personnes diagnostiquées avant la migration est faible (de 9% à 13% selon le groupe et le sexe). L'âge au diagnostic se trouve en médiane entre 31 et 37 ans selon les groupes et les sexes. En ce qui concerne les circonstances du test diagnostique VIH, la différence entre les hommes et les femmes est notable. En effet, 32.7% des femmes sont diagnostiquées dans le cadre d'un protocole de dépistage (le plus souvent, pendant leur grossesse) et 46.7% à l'initiative du médecin. Parmi les hommes, le motif le plus répandu est l'initiative du médecin (73.1%). La différence est encore plus frappante dans le groupe Hépatite B, où 45.4% des femmes sont diagnostiquées lors d'un protocole de dépistage *versus* 5.4% des hommes.

Enfin, bien qu'on manque d'information sur l'état de santé au diagnostic car beaucoup de valeurs sont manquantes sur ces questions remplies directement par le médecin sur le questionnaire médical, près de 43.7% des hommes du groupe VIH ont été diagnostiqués tardivement, contre un tiers des femmes. Ce décalage confirme le résultat d'autres enquêtes et a certainement à voir avec le dépistage systématique des femmes pendant la grossesse (Dray-Spira et al. 2013).

Tableau 10. Circonstances du diagnostic VIH ou Hépatite B

	VIH (N=652)					Hépatite B (N=426)				
	Hommes N=232		Femmes N=420		p	Hommes N=291		Femmes N=135		p
	%	n	%	n		%	n	%	n	
Place du diagnostic par rapport à la migration										
Diagnostic avant la migration	11.2	28	12.9	57	NS	9.1	26	10.2	13	NS
Diagnostic 1 ^{re} année en France et suivante	29.3	74	37.5	171		28.9	87	36.6	48	
Diagnostic 3e année en France et suivante	59.6	130	27.0	107		62.0	178	53.2	74	
Année du diagnostic										
Médiane (IIQ)	2002 (1998 ; 2005)		2002 (1999 ; 2005)			2004 (2001 ; 2006)		2003 (1999 ; 2006)		
Âge au diagnostic										
Médiane (IIQ)	37 (31 ; 42)		31 (27 ; 36)			34 (28 ; 38)		31 (25 ; 35)		
Occasion du test diagnostique										
Initiative du patient	17.5	46	18.7	81	**	36.3	97	15.9	22	**
Protocole de dépistage †	7.3	17	32.7	130		5.4	15	45.4	60	
Initiative du médecin	73.1	160	46.7	94		52.0	158	32.4	45	
Autre	2.1	7	1.9	8		6.30	18	6.3	8	
Valeurs manquantes		2		7			3		0	
Diagnostic tardif VIH‡										
Oui	43.7	89	33.4	126	*					
Valeurs manquantes		14		32						
Forme grave hépatite B†										
Oui						22.3	58	12.3	15	*
Valeurs manquantes							44		27	

p : p-value du test du chi2 entre les sexes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

† Dépistage systématique lors du bilan de grossesse, test prénuptial, don du sang, tests pratiqués au pays pour avoir un emprunt, un voyage, un emploi

‡CD4<200 au moment du diagnostic ou antécédent de pathologie classant sida

‡Atteinte hépatique grave au jour de l'enquête définie par : un score METAVIR F3 ou F4 ou un résultat d'élastométrie >8,8 kPa ou un diagnostic clinico-morphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire

Champ : personnes des groupes VIH et Hépatite B observées au moins cinq ans après le diagnostic

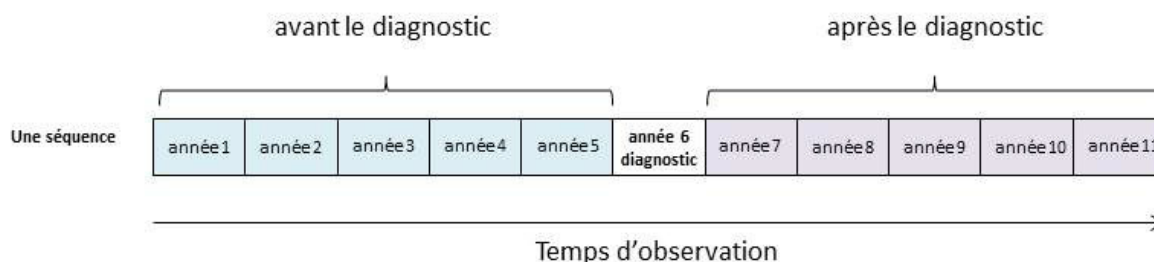
Note : les proportions présentées dans ce tableau sont des données pondérées. Bien que le reste de l'analyse soit réalisée sur données non pondérées (cf. infra), il a semblé nécessaire de présenter des données de cadrage sur les circonstances du diagnostic sur données pondérées.

Source : Enquête ANRS Parcours

Méthode d'appariement optimal et construction de séquences

L'analyse de l'impact porte sur onze années en tout (cinq ans précédant le diagnostic, l'année du diagnostic, cinq ans suivant le diagnostic) (Figure 15). Les séquences sont donc d'une longueur de onze années et ont été reconstruites pour l'ensemble de la population d'étude et différentes représentations graphiques ont été utilisées pour les décrire (cf. Encadré 6).

Figure 15. Construction d'une séquence avec une période d'observation de onze années autour du diagnostic



Encadré 6. Termes utilisés dans l'analyse de séquences

État: un état est la modalité que peut prendre la séquence. L'ensemble des états possibles forme un alphabet.

Séquence: la suite d'états au niveau d'un individu.

Chronogramme (en anglais « *State Distribution Plot* »): ce graphique est constitué d'une succession de coupes instantanées, indiquant la distribution des individus de la classe entre les différents états à chaque instant d'observation. Autrement dit, à chaque moment de la trajectoire, le graphique présente les proportions cumulées d'individus dans chacune des situations.

Tapis de séquences (en anglais, « *Index Plot* »): ce type de graphique, proposé par Stefani Scherrer (Scherer 2001) conserve la dimension individuelle des parcours, contrairement aux chronogrammes. L'abscisse correspond à l'axe temporel des trajectoires. Chaque individu est représenté par une ligne et chaque ligne est composée de segments de couleurs différentes, la couleur des segments correspondant à la situation occupée. En abscisse, la longueur des segments correspond à la durée de la situation.

D'après Nicolas Robette 2011

Puis, la méthode de l'Optimal Matching est utilisée pour calculer une matrice des distances entre trajectoires. Son principe consiste à mesurer la dissimilarité entre chaque paire de séquences constituant l'échantillon, en transformant l'une en l'autre au moyen d'opérations élémentaires : l'insertion (un élément est inséré dans la séquence), la suppression (un élément est supprimé de la séquence) et la substitution (un élément est substitué à un autre). La distance entre deux séquences est ainsi définie comme le coût minimal nécessaire à la transformation d'une séquence en une autre. Il existe plusieurs méthodes de calcul des coûts ; de nombreux travaux critiquent et comparent ces méthodes (Stovel, Savage, et Bearman 1996;

Wu 2000). Premièrement, on peut donner à chaque opération élémentaire le même coût (méthode des coûts constants, par exemple chaque opération vaut 2). On peut aussi calculer des coûts correspondant à la probabilité de transition d'un état à un autre (Aassve, Billari, et Piccareta 2007). Enfin, si des hypothèses sont posées *a priori* sur une structure hiérarchique des états (par exemple dans les trajectoires de carrière professionnelle,), on peut décider plus arbitrairement des coûts en attribuant des coûts plus faibles à deux états considérés comme proches (Solís et Billari 2002). La méthode de calcul des coûts n'étant pas centrale dans ce travail de thèse, deux méthodes différentes ont été testées (coûts constants et coûts dépendants des probabilités de transition) et finalement la méthode la plus simple a été choisie, c'est-à-dire la méthode des coûts constants, où chaque opération élémentaire vaut 2 et le coût d'insertion/délétion vaut 1, ce qui correspond à une distance appelée LCS (Longest Common Subsequence) (Elzinga et Studer 2015).

La matrice de dissimilarité ainsi calculée sert alors de point de départ à la construction d'une typologie de séquences, en créant des groupes de séquences similaires, à l'aide de techniques telles que les classifications ascendantes hiérarchiques et le critère d'agrégation de Ward (méthodes utilisées ici). Le nombre de classes de la typologie est ensuite le résultat d'un arbitrage entre des critères statistiques (dendrogramme de la classification et graphiques d'inertie de la partition selon le nombre de classes, fournis en annexes de ce chapitre pour chaque analyse) et la pertinence des classes au niveau sociologique. Par un processus itératif où plusieurs classifications sont testées avec des nombres de classes différentes, la typologie qui fait le plus de sens émerge.

Les classes ainsi obtenues sont décrites graphiquement au moyen de tapis de séquences (qui sont des représentations des séquences composant la classe sur la toute la période d'observation). Pour rendre les tapis de séquences plus lisibles, les séquences ont été triées sur les tapis par « multidimensional scaling ». Puis, les classes sont décrites statistiquement selon les caractéristiques sociodémographiques des individus qui composent la classe.

Toutes les analyses de séquences ont été réalisées avec R. 3.0.2., en utilisant le package TraMineR (Gabadinho et al. 2011) et « stats » (R Core Team 2013).

Un dernier point de méthodologie mérite qu'on s'y arrête : dans la littérature, les trajectoires individuelles sont tantôt pondérées tantôt non. Notons qu'il existe deux arguments principaux à l'encontre de l'application de la pondération. Premièrement, appliquer une pondération à une trajectoire revient à répliquer à l'identique non pas une caractéristique mais l'ensemble de

la trajectoire d'un individu, ce qui d'un point de vue sociologique n'a guère de sens, étant donné qu'il paraît impossible de trouver deux individus qui auraient connu le même déroulé des événements de leur passé. Deuxièmement, la pondération appliquée aux individus a été calculée sur des caractéristiques au moment de l'enquête, elle permet d'assurer la représentativité de l'échantillon du jour de l'enquête (2012-2013) à l'ensemble des migrants vivant en Ile-de-France en 2012-2013. Cette pondération ne dit rien des caractéristiques passées des individus et de leur éventuelle représentativité. Pondérer les trajectoires reviendrait à sous-entendre que celles-ci sont représentatives d'une population « dans le passé », ce qui n'a guère de sens. Ainsi, le choix qui est fait pour ce chapitre est de ne pas pondérer les trajectoires. Toutes les analyses qui suivent sont donc réalisées sur données non pondérées.

Dimensions étudiées et états retenus

Le fait d'être diagnostiqué pour le VIH ou l'hépatite B peut avoir des répercussions aussi bien sur les conditions matérielles d'existence des personnes que sur leur vie personnelle et affective. Afin d'explorer au mieux la diversité des répercussions possible d'un diagnostic VIH ou Hépatite B, plusieurs dimensions de la vie des personnes sont retenues dans l'analyse (Tableau 11) : le logement, l'activité, les titres de séjour, le couple et le bien-être. Des typologies de trajectoires vont être construites pour chacune de ces cinq dimensions, pour les deux groupes.

Tableau 11. Les dimensions retenues dans l'analyse de l'impact de la maladie

	Dimension	Disponibilité de l'information
Conditions matérielles d'existence	Logement	Depuis l'arrivée en France
	Activité	Toute la vie
	Titres de séjour	Depuis l'arrivée en France
Vie personnelle et affective	Situation de couple	Toute la vie
	Bien-être perçu	Toute la vie

Dans la continuité de l'analyse des trajectoires d'installation, le logement, l'activité et les titres de séjour ont paru constituer des éléments centraux dans la vie des personnes. Bien que l'analyse précédente ait montré une dynamique similaire d'installation pour les personnes malades et non malades, l'exploration des trajectoires autour du diagnostic peut permettre de mettre en évidence des trajectoires atypiques et ainsi de repérer d'éventuels effets du diagnostic.

Pour chaque dimension, un choix est donc fait sur le nombre d'états possibles dans la séquence. La Figure 16 résume sous forme de schéma l'ensemble des séquences et des états choisis pour les différentes dimensions, en prenant l'exemple de l'ensemble des séquences construites pour un individu fictif.

Pour la dimension du logement, l'analyse de séquences permet d'aller dans plus de détails que dans le chapitre 2 où était seulement pris en compte le fait d'avoir ou non un logement personnel. Dans l'analyse qui va suivre, sont donc distingués le logement personnel, le fait d'être hébergé, d'habiter en structures collectives (centre d'hébergement, associations, hôtels, appartements thérapeutiques) et l'instabilité résidentielle (c'est-à-dire le fait de changer fréquemment de logement pendant l'année). Dans cette analyse, les foyers sont également considérés de manière spécifique.

Pour la dimension de l'activité, le fait d'être en activité, étudiant, d'avoir des petits boulots ou bien aucune activité sont distingués, indépendamment du fait que l'activité permette de subvenir ou non à ses besoins, ce qui aurait rendu l'analyse trop complexe.

Enfin, pour les titres de séjour, sont distingués les situations de précarité administrative (c'est-à-dire n'avoir aucun titre de séjour ou un titre de séjour de moins d'un an), le fait d'avoir un titre de séjour court (1 à 3 ans) et le fait d'avoir une carte de résident de 10 ans ou la nationalité française (pour le détail sur les questions posées, cf. Annexes D à H).

En ce qui concerne la vie personnelle, deux dimensions sont retenues : les relations de couple d'une part et le bien-être d'autre part semblent deux dimensions fondamentales des trajectoires affectives des individus sur lesquelles le diagnostic peut avoir un impact, au vu notamment de la littérature en sociologie de la santé sur le VIH qui sera présentée par la suite. Là encore, des choix sont faits sur le nombre d'états possibles dans la séquence.

La dimension de couple est décrite simplement par le fait d'être en couple ou non une année donnée (être en couple signifiant une relation d'au moins un an avec une personne avec qui ego a eu des relations sexuelles, même si le partenaire vit dans un autre pays, cf. Annexe G).

Le bien-être est reconstruit à partir de l'appréciation des individus : en effet, à la fin de l'entretien les personnes découpent leur vie en différentes périodes qu'elles peuvent qualifier de bonnes années, d'années ni bonnes ni mauvaises, ou de mauvaises années (Annexe H). Il s'agit donc d'une appréciation rétrospective des personnes sur leur passé. Cette méthode de recueil du bien-être perçu a été testée dans d'autres enquêtes biographiques et donne des résultats robustes (Lelièvre et Robette 2015).

Figure 16. Les différents états possibles selon les dimensions (logement, activité, titre de séjour, couple et bien-être perçu) à l'aide d'un exemple

Trajectoire de logement	Autre pays	instab.	hébergé	Logt perso	Logt perso	Logt perso	Logt perso	Logt perso	Logt perso	Logt perso	Logt perso
6 états possibles: autre pays (pas en France); instabilité résidentielle (change fréquemment de logement pendant l'année), hébergé par un tiers, structures collectives, foyer, logement personnel.											
Trajectoire d'activité	Pré-migr étudiant	Postmigr étudiant	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité	Postmigr activité
8 états possibles: avant ou après migration: sans activité, étudiant, petits boulots (change fréquemment dans l'année), activité.											
Trajectoire de titres de séjour	Autre pays	Pas de titre	Pas de titre	Pas de titre	Pas de titre	Pas de titre	Titre court	Titre court	Titre court	Titre court	Titre court
4 états possibles: autre pays (pas en France); pas de titre de séjour ou titre de moins d'un an, titre de séjour court (1 à 3 ans), titre de séjour long (carte 10 ans ou nationalité française).											
Trajectoire de relations de couple	Pré-migr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple	Postmigr en couple
4 états possibles: avant ou après migration: en couple, pas en couple											
Trajectoire de bien-être perçu	Pré-migr bonne année	Postmigr bonne année	Postmigr bonne année	Postmigr bonne année	Postmigr bonne année	Postmigr bonne année	Postmigr année difficile	Postmigr année difficile	Postmigr année difficile	Postmigr année difficile	Postmigr année difficile
6 états possibles: avant ou après migration: bonnes années, années ni bonnes ni mauvaises, années difficiles											

Note de lecture : l'année suivant le diagnostic (septième année d'observation) cet individu fictif se trouvait en logement personnel, avait une activité, un titre de séjour court, était en couple et a déclaré cette année comme une année difficile. Il était en France depuis 5 ans.

Selon que les données recueillies l'aient été pour toute la vie ou depuis l'arrivée en France, la construction des séquences n'est pas la même (cf. Tableau 11). En effet, dans les trajectoires d'activité, de couple et de bien-être perçu (dimensions « vie »), tous les états (par exemple, « être en activité ») peuvent se situer avant la migration ou après. Pour que la migration apparaisse dans les parcours, les états sont construits de manière à conjuguer la dimension étudiée (par exemple, l'activité) et le fait d'avoir migré ou non, ce qui donne pour l'activité, huit états possibles : avant migration-sans activité, avant migration-étudiant, avant migration-petits boulots, avant migration-activité, après migration-sans activité, après migration-étudiant, après migration-petits boulots et après migration-activité. Il s'agit donc de la

conjugaison de deux alphabets (celui de la séquence d'activité et celui de la migration en deux états : avoir migré ou n'avoir pas encore migré) pour en construire un seul.

Dans le cas des trajectoires de logement et de titre de séjour (dimensions « séjour en France »), les données ont été recueillies à partir de l'arrivée en France. Un état « autre pays » a dû être intégré aux séquences pour rendre compte du fait que certaines personnes ne se trouvaient pas en France pendant l'une des années d'observation.

De cette manière, cet autre événement marquant des trajectoires qu'est la migration n'est pas ignoré au moment de construire les séquences autour du diagnostic et le maximum de personnes peut être gardé dans l'échantillon. Le nombre d'états dans les séquences varie donc de 4 à 8, un chiffre relativement peu élevé ce qui permet une robustesse suffisante des résultats (Robette 2011).

Mettre en lien les différentes dimensions des trajectoires

Au terme de ce travail sur les cinq dimensions des trajectoires, reste à comprendre comment ces différents aspects des parcours de vie sont ou non reliés entre eux. Le traitement simultané des différentes dimensions des trajectoires fait l'objet de développements méthodologiques récents. Cependant, force est de constater que les méthodologies existantes nécessitent une simplification extrême des dimensions (par exemple : avoir migré oui/non) pour pouvoir imbriquer les alphabets ou pour faire des typologies de type « multicanal » (Gauthier et al. 2010).

Pour l'étude fine de l'impact de la maladie sur les trajectoires de vie, l'option choisie est donc autre : il s'agira dans une synthèse de quantifier les trajectoires de rupture biographique après la maladie, puis dans un second temps d'illustrer ces ruptures biographiques au moyen d'histoires de vie emblématiques.

En effet, il est possible une fois l'ensemble des dimensions décrites au moyen de typologies, de repérer le nombre et éventuellement les caractéristiques des individus qui semblent appartenir simultanément aux classes les plus « impactées » par le diagnostic VIH ou Hépatite B, c'est-à-dire dont les trajectoires seraient affectées par le diagnostic sous plusieurs dimensions. Il est également possible de recourir à la lecture qualitative des grilles biographiques pour approfondir les hypothèses de travail. La lecture qualitative des questionnaires d'une enquête biographique permet en effet de reconstituer l'histoire de vie des personnes enquêtées sous la forme de récits de vie (Lelièvre et Vivier 2001; Pannetier 2012). Ce portrait permet de donner une vision d'ensemble de la trajectoire de la personne et de

l'interpréter, au moyen de l'ensemble des données objectives dont dispose le lecteur mais aussi des données subjectives constituées notamment par le recueil en toute fin d'entretien des « moments marquants » que la personne a vécus dans sa vie au moyen de la question suivante : « *Y a-t-il des événements personnels (heureux ou malheureux) ou historiques qui ont marqué votre vie? Lesquels ?* ». Le fait que la maladie apparaisse ou non comme un événement marquant de la trajectoire des individus donne un premier élément intéressant d'interprétation, mais toutes les autres informations subjectives sur d'autres événements peuvent aussi aider le lecteur à reconstituer l'histoire de vie de la personne. Cette quatrième sous-partie permettra donc de relier les cinq dimensions entre elles et d'aboutir à une description précise et complète des trajectoires des personnes autour du diagnostic.

3. Résultats

3.1. Les trajectoires de logement autour du diagnostic

Le logement personnel a été défini comme l'un des éléments essentiels de l'installation d'une personne (cf. chapitre 2). Comment l'annonce du VIH ou de l'hépatite B, peut interagir avec cette trajectoire d'installation, et au-delà de l'accès au logement personnel, quels sont les autres types de logement occupés par les personnes et dans quelle temporalité ?

Deux enjeux autour du logement doivent être soulignés. Premièrement, il a été montré que les conditions de vie des personnes influaient sur l'adhérence au traitement (Peretti-Watel et al. 2006; Dray-Spira, Spire, Heard, Lert, et VESPA Study Group 2007) et notamment le logement stable et décent constituait une condition nécessaire au succès thérapeutique de la prise en charge des personnes séropositives pour le VIH (Yeni 2008). L'enjeu de la situation de logement suite au diagnostic a donc son importance. Deuxièmement, les associations de lutte contre le VIH/sida témoignent de situations dans lesquelles le diagnostic peut mettre fin à une situation d'hébergement, soit parce que la personne nouvellement diagnostiquée souhaite garder secrète sa maladie et préfère donc quitter l'hébergement soit parce que son entourage a une réaction négative après l'annonce de la séropositivité ; cependant il n'existe pas de données quantitatives à l'heure actuelle sur le possible impact de la maladie sur les conditions de logement des migrants subsahariens en France.

Ces ruptures d'hébergement suite au diagnostic pourraient donc être observées lors de l'analyse des trajectoires de logement de personnes migrantes séropositives pour le VIH. D'autre part, étant donné que des entretiens qualitatifs ont insisté sur le fait que l'impact du diagnostic n'est pas le même selon le nombre d'années que la personne a déjà passées en

France (Desgrées du Loû et al. 2012), cet impact pourrait être différencié selon l'ancienneté de la migration.

En revanche, il n'existe pas de travaux sur le potentiel impact d'un diagnostic d'hépatite B, et donc pas d'hypothèses sur les trajectoires de logement autour du diagnostic d'hépatite B.

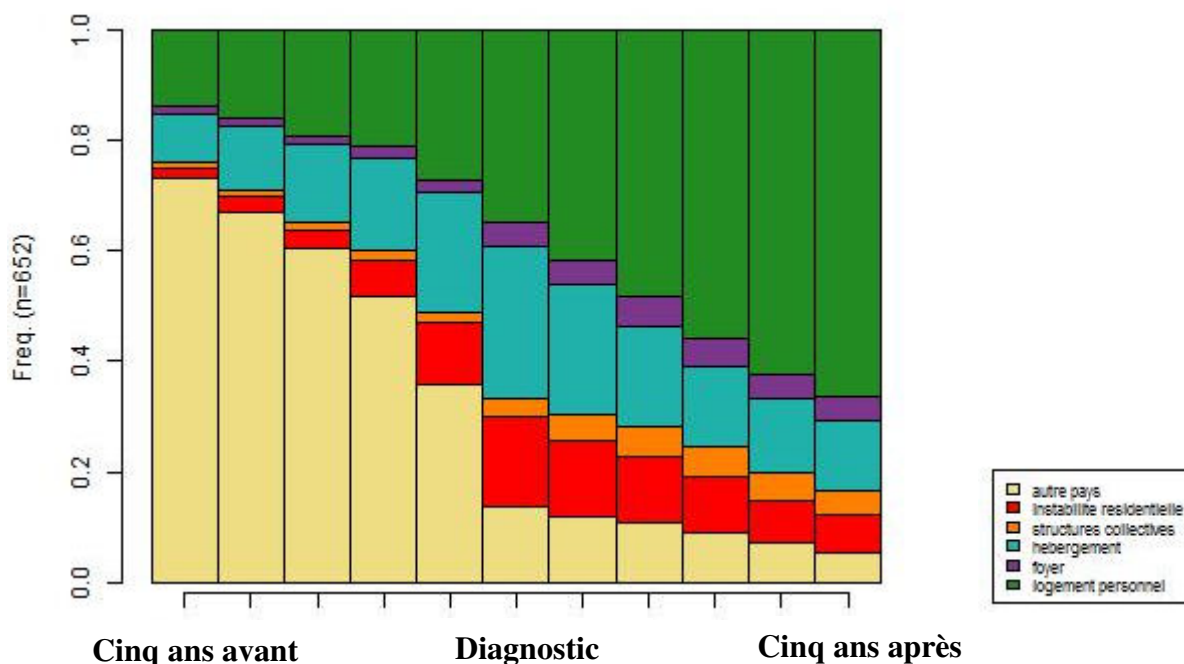
a) Description générale des trajectoires de logement

La Figure 17 donne une représentation graphique des trajectoires de logement autour du diagnostic pour l'ensemble des personnes VIH ou Hépatite B sur lesquelles porte l'analyse (N=1078). Pour rappel, le chronogramme donne les proportions de personnes qui se trouvent dans chacun des six états de la trajectoire de logement à un instant t . L'allure générale de ces chronogrammes est assez similaire pour les deux maladies, avec la part des personnes encore au pays qui diminue et l'accès au logement personnel qui se fait progressivement.

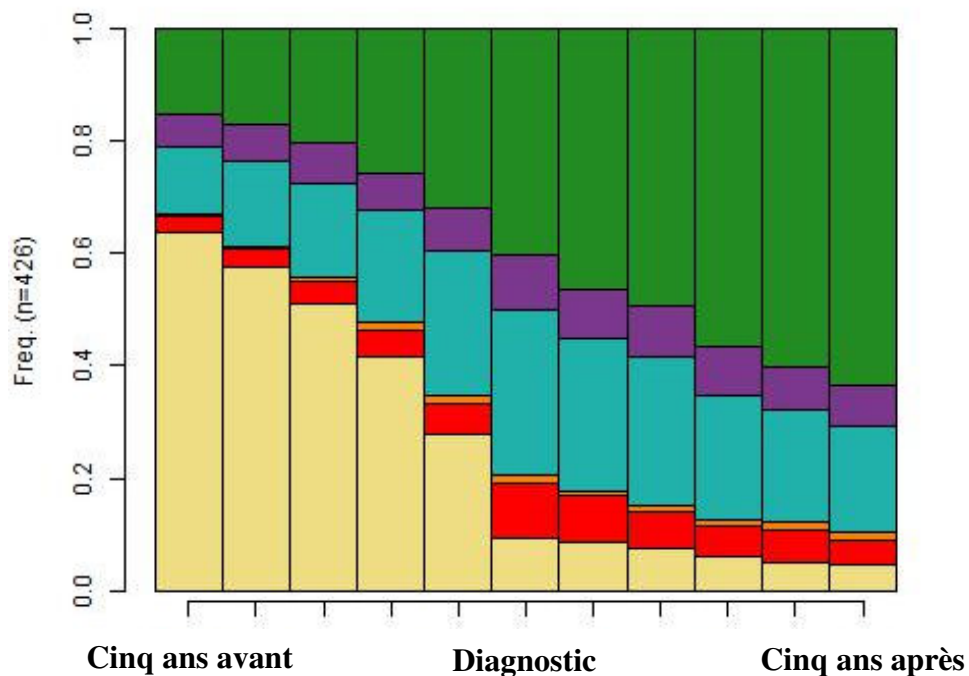
Cependant quelques différences sont notables entre les deux groupes : dans le groupe VIH, la proportion de personnes qui loge en structures collectives ou qui est en instabilité résidentielle est plus importante, avant le diagnostic mais surtout après, alors que dans le groupe Hépatite B les personnes en foyer sont relativement plus nombreuses. Cette proportion de personnes en foyer est à relier à la composition du groupe Hépatite B dans lequel les hommes sont très majoritaires, et notamment des hommes venus d'Afrique de l'Ouest parmi lesquels l'habitat en foyer de travailleurs est plus habituel. L'effet est léger, mais il y a aussi plus d'hébergement dans le groupe Hépatite B que dans le groupe VIH.

Figure 17. Chronogrammes des états de la trajectoire de logement autour du diagnostic

Groupe VIH



Groupe Hépatite B



Note de lecture : Cinq ans avant le diagnostic VIH (premier graphique, première colonne), la majeure partie des personnes se trouvent dans leur pays d'origine, 10% environ sont hébergés par l'entourage et 15% environ vivent dans un logement personnel

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

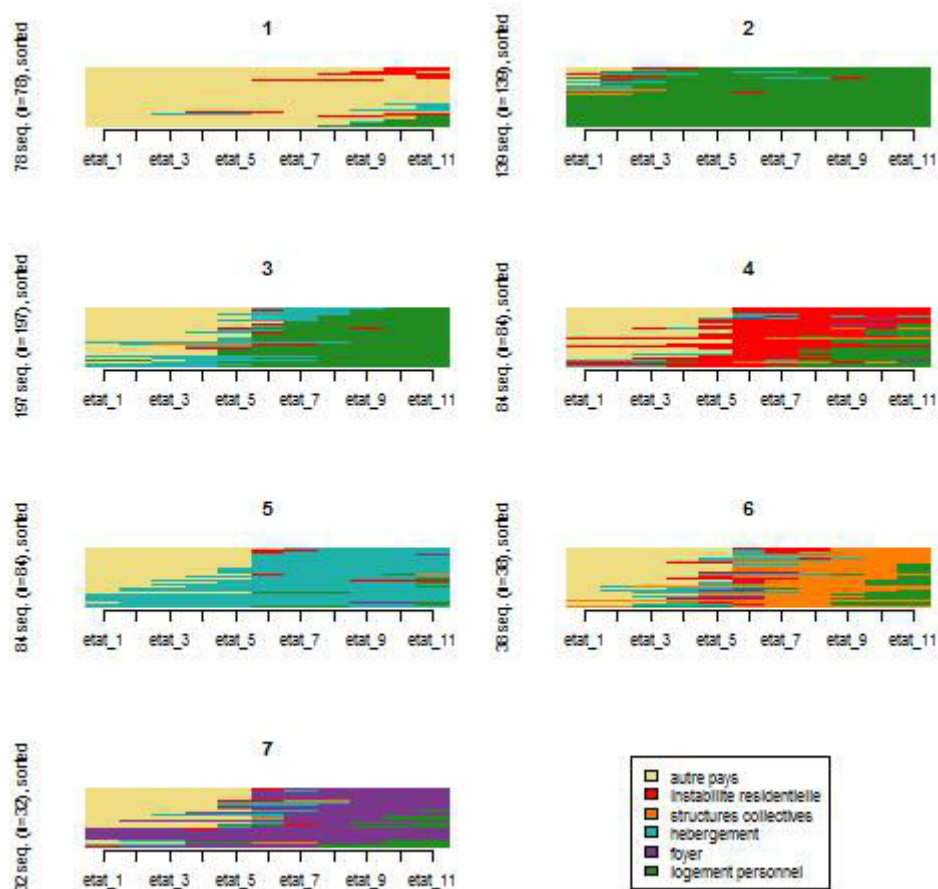
b) Typologie des trajectoires de logement autour du diagnostic VIH

À l'issue de l'analyse de séquences, sept classes sont retenues pour la typologie des trajectoires de logement dans le groupe VIH (cf. Figures A1 et A2 en annexe de ce chapitre pour le dendrogramme et l'inertie en fonction du nombre de classes). La Figure 18 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 12 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe. Des éléments de description des classes en termes statistiques (nombre moyen de transitions par classe, durée moyenne dans chaque état par classe) ont également été inclus dans le tableau. Ce sont tous ces éléments qui permettent de comprendre qui fait partie de telle ou telle classe et de formuler des hypothèses sur les mécanismes à l'œuvre. Les classes sont commentées par ordre décroissant de leur fréquence.

Classe 3 : passer de l'hébergement au logement personnel autour du diagnostic (30%)

La troisième classe est la plus fréquente et elle est constituée de personnes dont le diagnostic intervient au moment de l'arrivée en France ou juste après (1^{re} ou 2^e année pour 55% des personnes). À ce moment, beaucoup d'entre elles connaissent un passage par l'hébergement de l'entourage avant d'accéder au logement personnel (2 années passées en hébergement en moyenne). C'est précisément sur cette classe que se pose la question d'une possible rupture d'hébergement au moment du diagnostic VIH. Toutefois, c'est également la classe dans laquelle il y a relativement le plus de personnes qui rejoignent un conjoint en France (46%) et dont plus d'un tiers sont venues pour des raisons familiales. Le passage au logement personnel pourrait donc correspondre également à une mise en couple. Pour comprendre quels mécanismes expliquent ce passage au logement personnel, une analyse a été menée grâce à un modèle de Cox (Tableau A21 en annexe de ce chapitre). Ce modèle permettait de modéliser, parmi les personnes en hébergement l'année précédant le diagnostic, les facteurs associés à la transition vers le logement personnel. Le seul facteur associé est la mise en couple, alors que l'attitude négative de l'entourage suite au diagnostic VIH ne joue pas. On conclut que le passage au logement personnel n'est pas dû au diagnostic VIH mais bien à la mise en couple.

**Figure 18. Tapis de séquences des parcours de logement autour du diagnostic, groupe
VIH**



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, typologie logement - groupe VIH

	Classe 3 <i>Hébergement et logement personnel</i> 30% (n=197)	Classe 2 <i>Les installés</i> 21% (n=139)	Classe 4 <i>Arrivée et instabilité résidentielle</i> 13% (n=84)	Classe 5 <i>Arrivée et hébergement</i> 13% (n=84)	Classe 1 <i>Diagnostic au pays</i> 12% (n=78)	Classe 6 <i>Arrivée et structures collectives</i> 6% (n=38)	Classe 7 <i>Arrivée et foyers</i> 5% (n=32)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu								
Sexe								
% hommes	26	45	39	25	38	34	69	**
% femmes	74	55	61	75	62	66	31	
Niveau d'étude à l'enquête								
Aucun, primaire	20	20	29	24	6	13	44	**
Secondaire	53	47	62	63	62	71	34	
Supérieur	27	33	10	13	32	16	22	
Année d'arrivée								
Médiane (IIQ)	2000 (1995;2003)	1990 (1984; 1995)	2001 (1994;2003)	2001 (1997;2004)	2007 (2003;2010)	2001 (1995;2003)	2000 (1991;2002)	
Âge à l'arrivée								
Médiane (IIQ)	28 (23;34)	24 (21;28)	29 (25;34)	31 (25;38)	35 (30;43)	29 (24;34)	29 (24;36)	
Statut conjugal à l'arrivée								
Seul	46	57	63	61	51	50	63	**
Partenaire France	46	37	27	24	32	45	25	
Partenaire à l'étranger	8	6	10	15	17	5	13	
Motif de la venue en France								
Tenter chance/travail	37	33	46	44	29	45	59	**
Raisons familiales	36	32	28	25	28	18	9	
Menacé dans son pays	12	11	13	12	6	16	19	
Études	10	12	8	6	1	8	9	
Raisons médicales	6	1	5	13	35	13	3	
Circonstances du diagnostic								
Année du diagnostic								
Médiane (IIQ)	2002 (1998;2004)	2002 (1997; 2005)	2002 (1999;2005)	2003 (2000;2006)	2002 (1998;2005)	2003 (1999;2005)	2001 (1997;2005)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration								
Diagnostic avant migration	3	0	1	7	91	3	0	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	55	0	67	48	3	53	59	
Diagnostic 3 ^e - 6 ^e année France	30	27	20	26	3	34	22	
Diagnostic ap 7 ^e année France	12	73	12	19	4	11	19	
Occasion du test								
Initiative du patient	20	17	20	19	29	5	22	**
Protocole de dépistage	29	28	15	10	19	34	6	
Initiative du médecin	49	52	60	64	47	55	72	
Autre	1	3	2	6	3	3	0	
Valeurs manquantes	1	0	2	1	3	3	0	
Caractéristiques de la classe								
Nb moyen de transitions	1,9	0,8	2,3	1,4	0,9	2,7	1,9	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années								
Autre pays	3,5	0,4	3,5	3,1	9,3	3,5	3,0	
Instabilité résidentielle	0,4	0,2	4,6	0,4	0,7	0,8	0,2	
Structures collectives	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	4,4	0,2	
Hébergement	2,0	0,4	0,7	6,8	0,4	1,1	0,8	
Foyer	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	5,8	
Logement personnel	5,0	9,8	1,8	0,4	0,4	1,1	1,0	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Classe 2 : être diagnostiqué alors qu'on est installé dans son propre logement (21%)

Cette classe est constituée de personnes qui étaient déjà installées depuis plusieurs années en France dans leur logement personnel quand elles apprennent leur maladie VIH (73% l'apprennent au-delà de leur sixième année en France), et elle est caractérisée par une certaine stabilité autour du diagnostic. Pour ces personnes, arrivées en France avant les autres (en 1990 en médiane), parmi lesquelles les hommes sont légèrement surreprésentés, le diagnostic n'a pas d'impact sur la trajectoire de logement.

Classe 4 : diagnostic et instabilité résidentielle (13%)

Cette classe est caractérisée par un long passage des personnes par l'instabilité résidentielle au moment de leur diagnostic qui coïncide avec l'arrivée en France. Ces personnes sont bien souvent arrivées célibataires en France (63%), et pour près de la moitié d'entre elles pour tenter leur chance ou trouver du travail (46%). L'annonce de la maladie est donc pour la grande majorité consécutive à l'arrivée (67% des personnes diagnostiquées la première ou deuxième année). Cette classe est caractérisée par un nombre plus élevé de transitions en moyenne (2,3), et les personnes passent en moyenne 4,6 années à changer fréquemment de logement (instabilité résidentielle). Cependant, pour une petite partie l'accès au logement personnel arrive en fin de période.

Classe 5 : être diagnostiqué et hébergé (13%)

Les femmes sont légèrement surreprésentées dans cette classe qui comprend des personnes qui apprennent souvent leur maladie dans les premières années en France et qui sont hébergées tout au long de leur séjour en France (6,8 années passées en hébergement en moyenne). Ce sont des personnes arrivées en médiane en 2001, à 31 ans en médiane. Elles sont majoritairement célibataires à l'arrivée (61%) et un nombre relativement élevé d'entre elles laisse son ou sa partenaire au pays (15%).

Classe 1 : les personnes diagnostiquées au pays (12%)

Cette classe est surtout composée de femmes (à l'image du groupe VIH dans son ensemble) qui ont été diagnostiquées au pays. Il s'agit de personnes relativement plus instruites (un tiers a atteint un niveau d'étude supérieur), ce qui est sans doute à mettre en lien à un meilleur accès au diagnostic VIH pour les personnes d'un milieu social aisé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Elles sont plus d'un tiers à être venues pour des raisons médicales, et à un âge relativement élevé (35 ans en médiane), sans doute pour avoir accès à une meilleure prise en charge médicale après la nouvelle de leur diagnostic au pays.

Classe 6 : être hébergé par des structures collectives (6%)

Cette classe est très minoritaire et est caractérisée notamment par la proportion relativement importante de personnes venues en France parce qu'elles étaient menacées dans leur pays (16%) ou pour des raisons médicales (13%). Plus d'un tiers sont diagnostiquées dans le cadre d'un protocole de dépistage. Ces personnes ont connu de longues périodes d'hébergement en structures collectives qui peuvent être aussi bien des appartements thérapeutiques, des centres d'hébergement, des hôtels, des squats. L'une des différences entre cette classe et la classe de personnes en instabilité résidentielle est la part plus importante de personnes diagnostiquées dans le cadre d'un protocole (bien souvent le bilan de grossesse) ; la présence d'enfants en bas âge pourrait éventuellement expliquer pourquoi ces femmes ont accès aux structures d'hébergement.

Classe 7 : être diagnostiqué et habiter en foyer (5%)

Cette classe est très minoritaire (5%) et présente des caractéristiques spécifiques : elle est surtout composée d'hommes (69%), avec un niveau d'étude bas (44% aucun/primaire). Ces personnes sont arrivées en France célibataires (63%) pour y trouver du travail (59%). La proportion de personnes fuyant des menaces dans leur pays est également élevée (19%). Cette classe correspond donc à un profil de travailleur masculin venu en France pour travailler, et dont l'habitat en foyer est un mode d'installation (cf. chapitre 2).

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de logement, groupe VIH

De manière générale, le diagnostic VIH n'a pas d'impact sur les trajectoires de logement. Soit les personnes sont diagnostiquées alors qu'elles arrivent en France et le diagnostic est concomitant à la mise en couple et à l'accès au logement personnel (classe 3), soit le diagnostic est posé lorsque les personnes sont déjà installées (classe 2).

La proportion de personnes qui demeurent en instabilité résidentielle plusieurs années après le diagnostic n'est pas négligeable, notamment dans le groupe VIH (classe 4, 13%), et le fait d'être diagnostiqué ne donne pas lieu pour ces personnes à une prise en charge au niveau du logement.

c) Typologie des trajectoires de logement autour du diagnostic d'hépatite B chronique

En raison du peu de travaux sur les conséquences sociales du diagnostic d'hépatite B chronique en France, peu d'hypothèses sont formulées sur les trajectoires de logement autour du diagnostic. L'analyse est opérée de la même façon que pour l'échantillon VIH (Figures A3 et A4 en annexes de ce chapitre). La Figure 19 et le Tableau 13 donnent les résultats de cette classification en sept classes, décrites ici dans l'ordre de leur importance numérique.

Classe 1 : être diagnostiqué alors qu'on est installé dans son propre logement (30%)

Cette classe qui était aussi présente dans le groupe VIH est la plus fréquente dans le groupe Hépatite B. Elle est constituée par des personnes qui ont été diagnostiquées alors qu'elles étaient déjà en France depuis plusieurs années, installées dans leur logement personnel. Comme pour le groupe VIH, il s'agit de personnes arrivées plus tôt les autres (en 1991 en médiane), pour des raisons diverses, dont près d'un quart pour les études. Ces personnes ont en très grande majorité été diagnostiquées pour leur hépatite B chronique au-delà de leur sixième année en France (74%).

Classe 2 : arriver, être hébergé et diagnostiqué (20%)

Cette classe est composée de personnes arrivées légèrement plus âgées que les autres (29 ans en médiane), souvent célibataires (67%) ou en laissant un conjoint au pays (18%). La grande majorité de ces personnes sont diagnostiquées à leur arrivée en France (77% lors de la première ou deuxième année en France) alors qu'elles sont hébergées par leur entourage (4,9 ans passés en hébergement en moyenne). Vers la fin de la période, le tapis de séquence indique une transition vers le logement personnel pour une partie des personnes. Il pourrait s'agir d'un mécanisme de mise en couple.

Classe 6 : arrivée et logement personnel (18%)

Les femmes sont surreprésentées dans cette classe. Il s'agit également de la classe dans laquelle les raisons familiales pèsent le plus dans les raisons de la venue en France (36%) ; autrement dit les femmes venues pour regroupement familial sont surreprésentées dans cette classe. Ces personnes ont ainsi accès au logement personnel dès leur arrivée, puisque pour beaucoup elles ont un conjoint en France à leur arrivée (43%).

Classe 5 : de l'hébergement au logement personnel (13%)

Cette classe est constituée de personnes arrivées un peu plus tôt que les autres (1997 en médiane) et pour la plupart assez jeunes (âge médian 23 ans) et célibataires (74%). Elles sont venues pour des raisons assez diverses en France et passent par une longue période d'hébergement avant l'accès au logement personnel qui, quelques années après l'arrivée, pourrait correspondre à une mise en couple.

Classe 3 : les personnes diagnostiquées au pays (7%)

Cette classe est moins nombreuse que dans le groupe VIH, en raison d'un plus mauvais accès au dépistage de l'hépatite B chronique dans les pays d'Afrique subsaharienne. Comme pour le groupe VIH, il s'agit d'une classe plus instruite (46% ont atteint un niveau d'étude supérieur), ce qui dénote probablement un meilleur accès au dépistage, dans les pays d'origine, pour les personnes d'un milieu social plus favorisé. Une personne sur cinq est venue pour des raisons médicales, et elles sont arrivées à un âge plus élevé que les autres (32 ans en médiane), peut-être pour avoir accès à une meilleure prise en charge médicale.

Classe 4 : diagnostic et instabilité résidentielle (7%)

Cette classe est beaucoup moins représentée que dans le groupe VIH, elle est très minoritaire et surtout constituée de personnes moins instruites (48% aucun/primaire) venues pour tenter leur chance (58%) ou parce qu'elles étaient menacées dans leur pays (19%). Ces personnes sont majoritairement diagnostiquées au moment de leur arrivée en France (68%) et connaissent une longue période d'instabilité résidentielle (5,3 ans en moyenne).

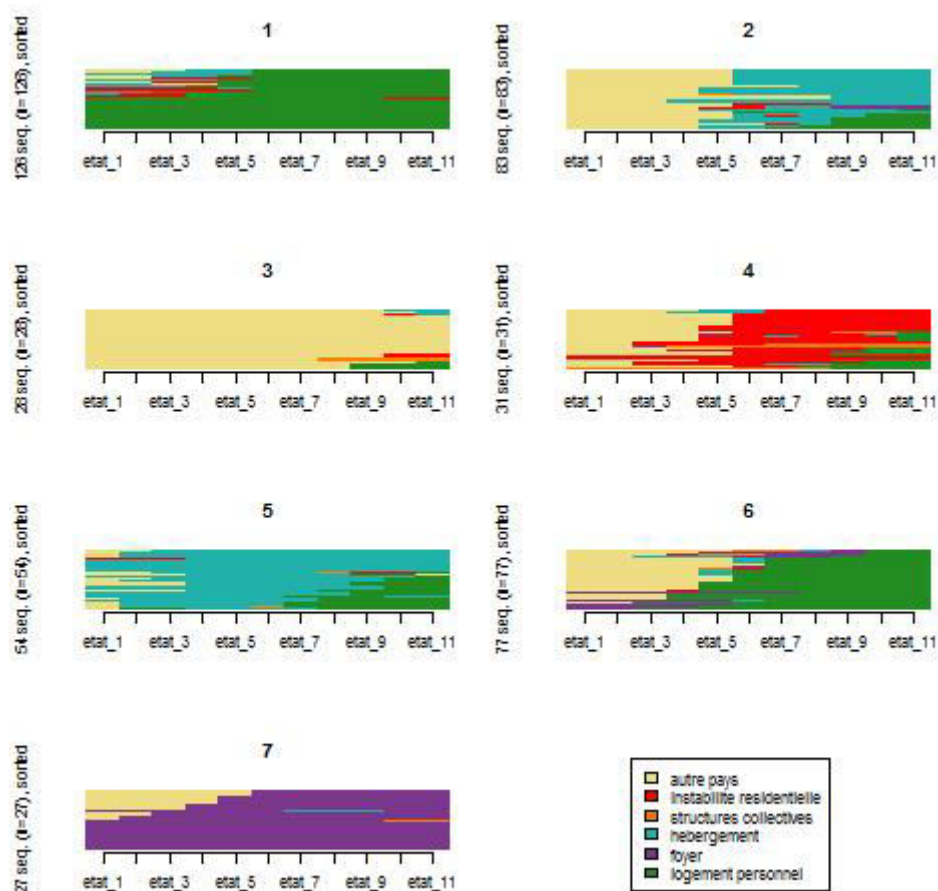
Classe 7 : habitat en foyer (6%)

Cette dernière classe, comme dans le groupe VIH, est constituée des personnes qui résident en foyer dès leur arrivée. Il s'agit exclusivement d'hommes, dont la majeure partie a un niveau d'étude faible (78% aucun/primaire). Ils sont arrivés en médiane en 1996, la plupart célibataires mais un quart en laissant leur compagne au pays. 89% d'entre eux sont venus en France pour travailler. Il est à noter que plus de la moitié de ces hommes sont diagnostiqués au-delà de leur septième année en France.

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de logement, groupe Hépatite B

De manière générale, le diagnostic d'hépatite B n'a pas d'effet sur les trajectoires de logement, et les personnes accèdent progressivement au logement personnel, ce qui correspond au processus d'installation décrit au chapitre précédent.

Figure 19. Tapis de séquences des parcours de logement autour du diagnostic, groupe Hépatite B



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 13. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de logement - groupe Hépatite B

	Classe 1 <i>Les installés</i>	Classe 2 <i>Arrivée et hébergement</i>	Classe 6 <i>Arrivée et logement personnel</i>	Classe 5 <i>Hébergement & logement personnel</i>	Classe 3 <i>Diagnostic au pays</i>	Classe 4 <i>Arrivée et instabilité résidentielle</i>	Classe 7 <i>Foyers</i>	p
	30% (n=126)	20% (n=83)	18% (n=77)	13%(n=54)	7% (n=28)	7% (n=31)	6%(n=27)	
Caractéristiques sociodémographiques des individus								
Sexe								
% hommes	66	73	52	74	68	68	100	**
% femmes	34	27	48	26	32	32	0	
Niveau d'étude à l'enquête								
Aucun, primaire	17	25	23	24	4	48	78	**
Secondaire	52	40	44	41	50	42	19	
Supérieur	32	35	32	35	46	10	4	
Année d'arrivée								
Médiane (IIQ)	1991 (1985;2000)	2004 (2001;2006)	2001 (2000;2004)	1997 (1990;2001)	2009 (2005;2011)	2002 (2002;2004)	1996 (1987;2001)	
Âge à l'arrivée								
Médiane (IIQ)	24 (19;29)	29 (24;34)	27 (24;33)	23 (16;28)	32 (26;40)	28 (24;34)	26 (22;29)	
Statut conjugal à l'arrivée								
Seul	61	67	45	74	57	58	59	**
Partenaire France	30	14	43	9	29	26	15	
Partenaire à l'étranger	9	18	12	17	14	16	26	
Motif de la venue en France								
Tenter chance/travail	33	40	29	46	32	61	89	**
Raisons familiales	33	20	36	33	25	6	4	
Menacé dans son pays	10	14	12	6	7	19	7	
Études	24	13	17	15	14	3	0	
Raisons médicales	0	12	6	0	21	10	0	
Circonstances du diagnostic								
Année du diagnostic								
Médiane (IIQ)	2004 (2000;2006)	2004 (2002;2006)	2003 (2001;2005)	2004 (1999;2006)	2001 (1994;2006)	2004 (2002;2005)	2005 (2002;2006)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration								
Diagnostic avant migration	0	12	3	0	96	0	0	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	0	77	57	0	0	68	22	
Diagnostic 3e- 6e année France	26	11	27	61	0	26	22	
Diagnostic ap 7e année France	74	0	13	39	4	6	56	
Occasion du test								
Initiative du patient	25	24	29	33	32	23	44	*
Protocole de dépistage	26	8	30	13	11	6	0	
Initiative du médecin	40	59	38	50	46	65	52	
Autre	8	7	3	4	11	6	4	
Valeurs manquantes	1	1	1	0	0	0	0	
Caractéristiques de la classe								
Nb moyen de transitions	0,9	1,7	1,7	1,3	0,4	1,7	0,6	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années								
Autre pays	0,4	4,7	3,5	0,9	10,2	3,6	1,6	
Instabilité résidentielle	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	5,3	0,0	
Structures collectives	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,7	0,1	
Hébergement	0,9	4,9	0,3	7,9	0,1	0,3	0,1	
Foyer	0,0	0,2	1,2	0,0	0,0	0,1	9,2	
Logement personnel	9,2	0,9	5,8	1,9	0,4	1,0	0,0	

p : p-valeur du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

d) Comparaison VIH et Hépatite B sur les trajectoires de logement et hypothèses

Force est de constater l'absence d'impact significatif du diagnostic, qu'il soit VIH ou Hépatite B, sur les trajectoires de logement. Si elles peuvent constituer un événement très marquant au niveau individuel, les ruptures d'hébergement suite au diagnostic n'apparaissent pas au niveau statistique. Les situations de logement apparaissent très hétérogènes, avec une instabilité importante dans les années de l'arrivée en France qui correspondent souvent aux années de diagnostic.

La seule classe qui apparaît dans le groupe VIH et pas chez les personnes qui ont l'hépatite B est celle des personnes hébergées dans des structures collectives. Il est possible de faire deux hypothèses : premièrement, l'état de santé peut être plus dégradé chez les personnes séropositives pour le VIH, ne serait-ce que parce que beaucoup de personnes qui ont l'hépatite B sont des porteurs inactifs (cf. Figure 2). Par là même, ces personnes ont plus souvent accès aux centres d'hébergement thérapeutiques, classés dans les structures collectives. Deuxièmement, les associations de prise en charge du VIH accompagnent les personnes en instabilité résidentielle et peuvent les orienter vers des structures collectives. Le paysage associatif dans l'hépatite B est bien différent, moins développé, et les personnes porteuses d'une hépatite B sont moins souvent accompagnées par les associations dans leur recherche de logement.

Enfin, il est à noter que les deux classes du groupe hépatite B pour lesquelles le diagnostic est intervenu seulement après la sixième année en France sont les « installés » d'une part et les hommes qui habitent en foyer d'autre part. Comme cela a été montré dans le chapitre 2, le foyer est un mode d'installation à part entière ; les personnes diagnostiquées tardivement sont donc celles installées depuis le plus longtemps en France. Ces résultats descriptifs correspondent aux analyses réalisées par ailleurs dans le projet Parcours et qui montrent que les personnes les plus précaires sont aussi les mieux dépistées pour l'hépatite B (Dray-Spira et al. 2015), les personnes installées, moins précaires, sont celles diagnostiquées le plus tard après leur arrivée en France.

Pour les personnes qui sont déjà dans une situation précaire de logement avant le diagnostic, le fait d'être diagnostiqué ne change rien, ce qui en soi est problématique car la précarité du logement est un obstacle à une prise en charge médicale réussie. En termes de politique publique, ce résultat est préoccupant. Ainsi, il paraît clair que l'impact du diagnostic VIH ou Hépatite B ne se situe pas dans les trajectoires de logement.

3.2. Les trajectoires d'activité autour du diagnostic

L'accès à l'activité a été défini comme un élément fondamental de l'installation, notamment parce que le processus d'installation des hommes commence par l'insertion sur le marché du travail (cf. chapitre 2). Comment l'annonce du VIH ou de l'hépatite B peut-elle interagir avec cette trajectoire professionnelle ? Plusieurs hypothèses ressortent de la littérature existante sur les situations d'emploi des personnes vivant avec le VIH.

Il a été montré dans différents contextes que le taux d'inactivité des personnes vivant avec le VIH reste plus important que celui des personnes séronégatives (Dray-Spira et al. 2003; Lert et al. 2013; Tchobanian et Fabre 2001). Cela peut s'expliquer tout d'abord par les effets sur la santé des personnes : en cas d'incapacité à travailler, les personnes séropositives touchent en France l'Allocation pour Adulte Handicapé (AHH) qui complète les ressources éventuelles jusqu'à un montant maximum de 777 euros. En 2011, 18% des personnes séropositives touchaient cette allocation (11% des hommes vivant avec le VIH et venant d'Afrique subsaharienne, 17% chez les femmes). Si le médecin-conseil de la Sécurité sociale estime que la situation d'incapacité ne risque pas d'évoluer positivement, les personnes peuvent toucher une pension d'invalidité dont le montant, très variable, est calculé selon la catégorie d'invalidité et à partir des 10 meilleures années de salaire de la personne : son montant s'échelonne entre 281 et 2688 euros et cela concerne 9% des personnes vivant avec le VIH en 2011 (0,7% des hommes vivant avec le VIH et venant d'Afrique subsaharienne, 1% des femmes) (Lert et al. 2013). Cela étant, l'accès à l'emploi plus difficile des personnes séropositives au VIH peut aussi s'expliquer par des obstacles comme des mesures institutionnelles inadaptées, des caractéristiques antérieures au diagnostic (Dray-Spira 2008; Lert et al. 2013) ou encore la discrimination au travail : parmi les personnes séropositives pour le VIH, 10,5% des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne déclaraient une situation de discrimination au travail en 2011 (Marsicano et al. 2014).

D'autre part, une étude récente sur les deux vagues de l'enquête Vespa comparant la situation d'emploi des personnes vivant avec le VIH en 2003 et 2011 montre que le taux de chômage est plus élevé en 2011 qu'en 2003, une fois prises en compte les caractéristiques sociodémographiques et de santé des individus. Cet article montre également que dans les 36 mois qui suivent le diagnostic, les transitions vers le chômage sont plus fréquentes en 2011 par rapport à 2003. Les auteurs proposent trois hypothèses pour expliquer ces changements :

la crise économique survenue en 2008, la place plus importante des comorbidités, et le rôle que peuvent jouer les discriminations en France (Annequin et al. 2015).

Les conséquences d'un diagnostic d'hépatite B chronique sur les trajectoires professionnelles sont, elles, très mal connues.

À l'impact de la maladie sur les trajectoires professionnelles vient bien souvent s'ajouter l'impact de la migration sur celles-ci. En effet, entre 29% et 38% des personnes, selon le groupe et le sexe, ont été diagnostiquées pendant les premières années en France (cf. Tableau 10) et les deux impacts peuvent se « superposer » pour ainsi dire, voire s'accumuler. En effet, la migration est souvent le moment d'un déclassement professionnel, notamment chez les femmes (Akresh 2008). Les données de l'enquête MAFE ont montré l'importance d'un tel phénomène pour les femmes congolaises migrantes en Belgique avec une part importante des emplois dans les secteurs des services à la personne. Cette même étude montre la chute du taux d'activité pour l'ensemble des migrants (hommes et femmes) au moment de la migration (Vause 2011).

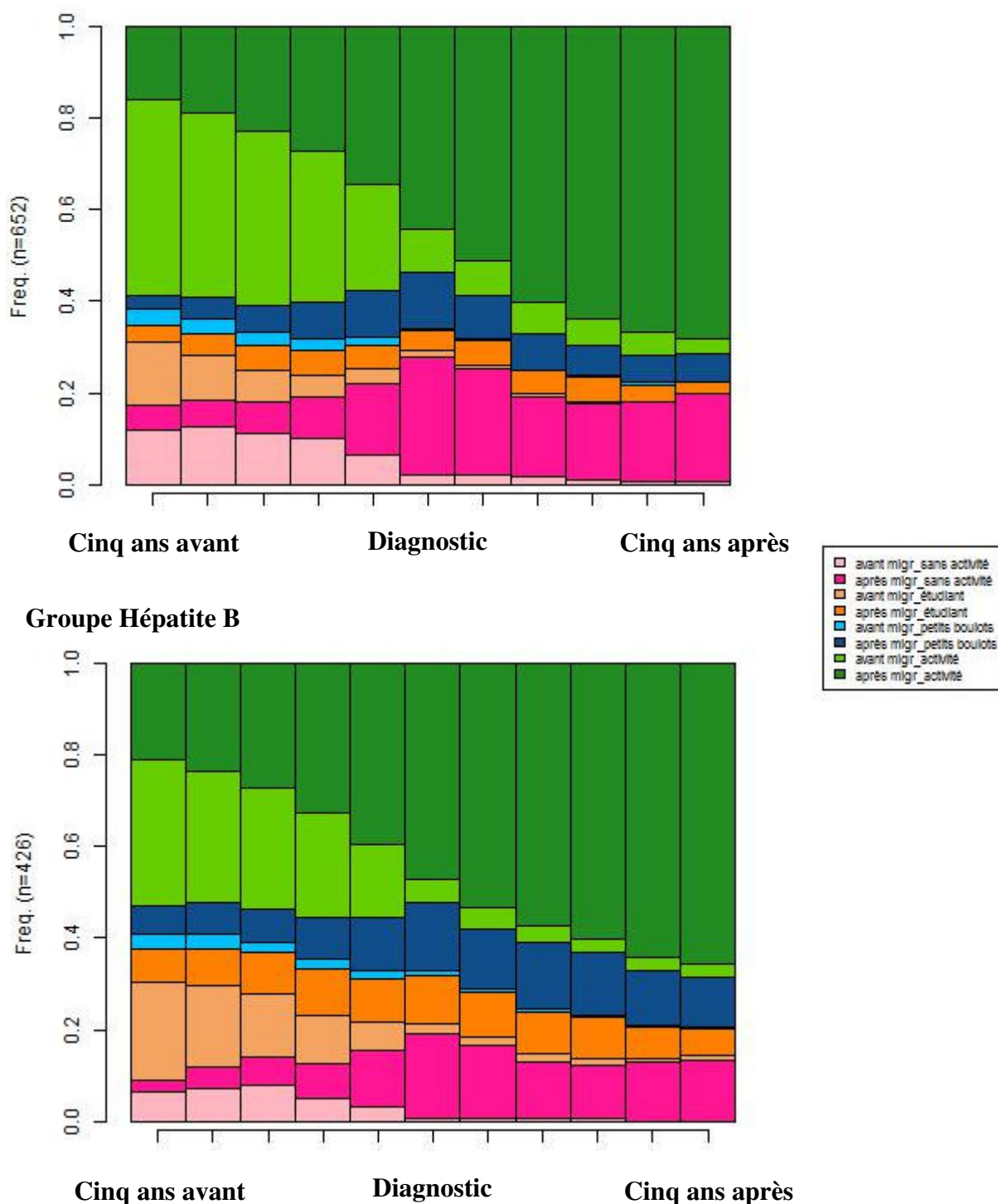
a) Description générale des trajectoires d'activité

La Figure 20 donne une représentation graphique des trajectoires d'activité autour du diagnostic pour l'ensemble des personnes VIH ou Hépatite B sur lesquelles porte l'analyse (N=1078). L'allure générale de ces chronogrammes est assez similaire pour les deux maladies, la part des personnes en activité est plutôt stable avant le diagnostic (autour de 60%), elle connaît une légère baisse l'année du diagnostic et recommence à augmenter ensuite. La part des étudiants est un peu plus importante dans le groupe Hépatite B ainsi que les personnes qui ont des petits boulots (pour la définition des petits boulots cf. chapitre 2). Le moment du diagnostic semble cependant être concomitant à une augmentation de la part des personnes en inactivité, surtout dans le groupe VIH. Il est donc possible que pour certaines personnes, la maladie mette fin à l'activité même si l'effet n'est pas majeur.

b) Typologie des trajectoires d'activité autour du diagnostic VIH

À l'issue de l'analyse de séquences, cinq classes sont retenues pour la typologie des trajectoires d'activité dans le groupe VIH (Figures A5 et A6). La Figure 21 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 14 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

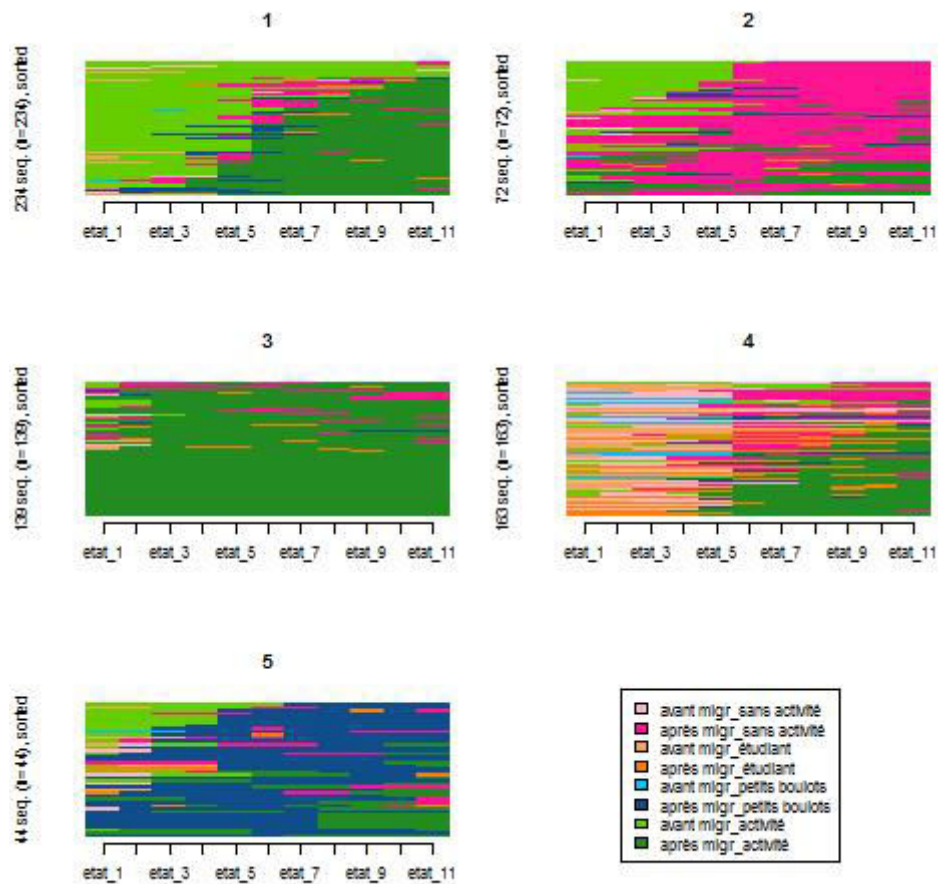
**Figure 20. Chronogrammes des états de la trajectoire d'activité autour du diagnostic
Groupe VIH**



Note de lecture : Cinq ans avant le diagnostic VIH (première figure, première colonne), la majeure partie des personnes sont en activité, que ce soit au pays (vert clair) ou en France (vert foncé).

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Figure 21. Tapis de séquence des parcours d'activité autour du diagnostic VIH



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 14. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires d'activité - groupe VIH

	Classe 1 <i>En activité, au pays et en France</i> 36% (n=234)	Classe 4 <i>Arrivée et accès à l'activité</i> 25% (n=163)	Classe 3 <i>En activité en France</i> 21% (n=139)	Classe 2 <i>Passage à l'inactivité</i> 11% (n=72)	Classe 5 <i>Petits boulots en France</i> 7% (n=44)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu						
Sexe						
% hommes	38	23	50	32	30	**
% femmes	62	77	50	68	70	
Niveau d'étude à l'enquête						
Aucun, primaire	21	12	28	26	23	**
Secondaire	57	58	47	53	64	
Supérieur	22	30	24	21	14	
Année d'arrivée						
Médiane (IIQ)	2002 (2000;2005)	2000 (1995;2004)	1990 (1985;1997)	1998 (1990;2003)	1995 (1989;2001)	
Âge à l'arrivée						
Médiane (IIQ)	32 (28;38)	27 (22;32)	24 (21;29)	29 (23;37)	26 (21;31)	
Statut conjugal à l'arrivée						
Seul	50	52	60	53	66	NS
Partenaire France	38	38	32	40	25	
Partenaire à l'étranger	12	10	7	7	9	
Motif de la venue en France						
Tenter chance/travail	47	24	42	40	39	**
Raisons familiales	24	39	27	32	23	
Menacé dans son pays	10	13	12	11	14	
Études	4	14	17	6	20	
Raisons médicales	14	10	1	11	5	
Circonstances du diagnostic						
Année du diagnostic						
Médiane (IIQ)	2002 (2000;2004)	2001 (1997;2004)	2002 (1997;2005)	2003 (1997;2006)	2001 (1997;2005)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration						
Diagnostic avant migration	22	17	0	6	2	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	56	50	0	32	18	
Diagnostic 3 ^e -6 ^e année France	18	21	29	28	45	
Diagnostic ap 7 ^e année France	3	11	71	35	34	
Occasion du test						
Initiative du patient	20	22	19	11	25	NS
Protocole de dépistage	18	29	22	19	25	
Initiative du médecin	59	47	55	64	41	
Autre	2	1	4	3	7	
Valeurs manquantes	2	2	0	3	2	
Caractéristiques de la classe						
Nb moyen de transitions	2,1	2,5	1,0	1,9	2,0	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années						
Avant migr_sans activité	0,2	2,0	0,1	0,1	0,2	
Après migr_sans activité	0,8	1,7	0,7	6,4	0,7	
Avant migr_étudiant	0,2	1,2	0,1	0,0	0,3	
Après migr_étudiant	0,1	1,6	0,1	0,2	0,2	
Avant migr_petits boulots	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1	
Après migr_petits boulots	0,5	0,5	0,1	0,3	6,6	
Avant migr_activité	4,6	0,7	0,2	2,1	1,1	
Après migr_activité	4,5	2,9	9,7	1,9	1,8	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : *Enquête ANRS Parcours 2012-2013*

Classe 1 : en activité, au pays et en France (36%)

Cette classe est la plus fréquente dans la typologie et représente plus d'un tiers des personnes qui ont été en activité tout au long de la période ; le diagnostic VIH étant intervenu au moment de la migration pour la plupart (56%). Il s'agit de personnes arrivées en 2002 en médiane, et surtout pour tenter leur chance ou trouver du travail (47%).

Classe 4 : arrivée en France et accès à l'activité (25%)

Dans cette classe, les femmes sont surreprésentées (77%), ainsi que les personnes venues pour raisons familiales (39%). Il semble donc que cette classe corresponde à un profil de femmes venues dans le cadre du regroupement familial soit qui n'avaient pas d'activité dans leur pays d'origine soit qui y étaient étudiantes et qui accèdent à l'activité en France. Cependant, toutes n'accèdent pas à l'activité et certaines sont encore inactives cinq ans après le diagnostic. La moitié d'entre elles sont diagnostiquées à l'arrivée en France, mais également 17% avant la migration.

Classe 3 : activité tout au long de la période, en France (21%)

Cette classe est caractérisée par une grande stabilité de l'activité en France. Les hommes sont surreprésentés dans cette classe (50%), elle regroupe également des personnes arrivées plus tôt que les autres en France (année médiane d'arrivée 1990), à des âges jeunes (24 ans en médiane). La part des personnes venues pour études est relativement élevée (17%).

Classe 2 : passage à l'inactivité (11%)

Cette classe est justement caractérisée par une trajectoire qui pourrait dénoter un impact du diagnostic VIH, à savoir un passage de l'activité à l'inactivité autour du diagnostic. Elle est constituée de personnes arrivées en médiane en 1998, dont 40% étaient venues pour chercher du travail et un tiers environ pour raisons familiales. Un tiers de ces personnes ont été diagnostiquées au-delà de la sixième année en France, et bien souvent à l'initiative du médecin. Ces personnes présentaient peut-être déjà des symptômes et il est possible que ces personnes qui ont dû s'arrêter de travailler soient aussi celles qui ont le plus mauvais état de santé.

Classe 5 : Petits boulots en France (7%)

Cette classe plus minoritaire regroupe les personnes qui ont des petits boulots tout au long de la période, montrant de façon visuelle ce qui, dans le chapitre 2, était évoqué comme un mode d'installation dans l'activité qui permet de subvenir à ses besoins. Il s'agit de personnes

arrivées en 1995 en médiane, la plupart du temps célibataires (66%), venues pour des raisons diverses, et notamment des études (20%).

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires d'activité, groupe VIH

La grande majorité des personnes est en activité et le demeure après le diagnostic. En revanche, pour une minorité de personnes, le diagnostic est suivi d'un passage à l'inactivité, peut-être en raison d'un état de santé dégradé.

c) Typologie des trajectoires d'activité autour du diagnostic Hépatite B

Quatre classes sont retenues pour la typologie des trajectoires d'activité dans le groupe Hépatite B (Figures A7 et A8 en annexe de ce chapitre). La Figure 22 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 15 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

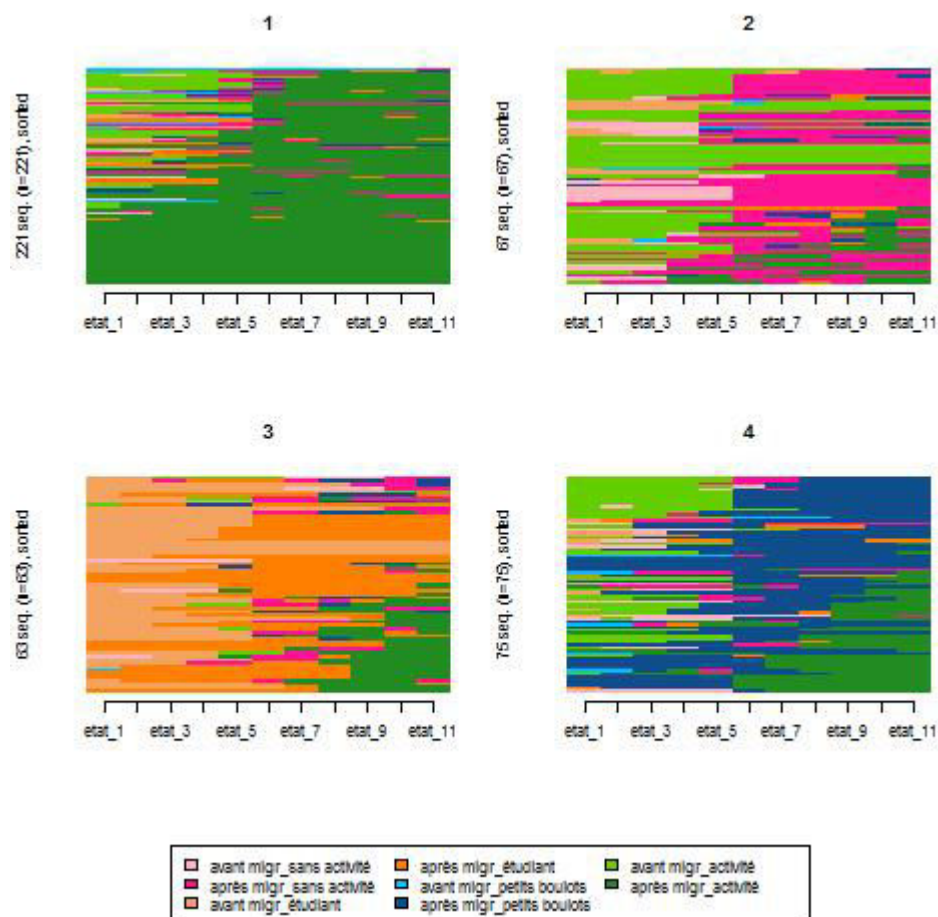
Classe 1 : en activité, au pays et en France (52%)

Cette classe représente la majorité de l'échantillon du groupe Hépatite B et elle est composée de personnes arrivées un peu plus tôt que les autres (en 1998 en médiane), à un âge médian de 26 ans. Ces personnes sont en activité tout au long de la période et ont pour moitié été diagnostiquées au-delà de leur sixième année en France.

Classe 4 : petits boulots en France (18%)

Les hommes sont surreprésentés dans cette classe (85%) qui regroupe les personnes qui sont surtout en petits boulots pendant la période. Cette classe existait aussi dans le groupe VIH mais dans une moindre mesure. Elle est composée de personnes venues pour tenter leur chance (53%) mais également parce qu'elles étaient menacées dans leur pays (19%), pour beaucoup célibataires (61%). La séquence semble être : en activité au pays, puis petits boulots en France, et enfin pour certains, activité en France. Le diagnostic intervient donc pendant cette période d'installation.

Figure 22. Tapis de séquences des parcours d'activité autour du diagnostic, Hépatite B



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 15. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires d'activité - groupe Hépatite B

	Classe 1 <i>En activité, au pays et en France</i> 52% (n=221)	Classe 4 <i>Petits boulots en France</i> 18% (n=75)	Classe 2 <i>Passage à l'inactivité</i> 16% (n=67)	Classe 3 <i>Des études à l'activité</i> 15% (n=63)	p
Caractéristiques sociodémographiques					
Sexe					
% hommes	71	85	46	62	**
% femmes	29	15	54	38	
Niveau d'étude à l'enquête					
Aucun, primaire	30	35	25	2	**
Secondaire	45	45	55	25	
Supérieur	25	20	19	73	
Année d'arrivée					
Médiane (IIQ)	1998 (1988;2001)	2001 (1999;2004)	2004 (2001;2006)	2001 (1997;2004)	
Âge à l'arrivée					
Médiane (IIQ)	26 (22;31)	28 (24;34)	30 (25;36)	22 (16;26)	
Statut conjugal à l'arrivée					
Seul	62	61	46	69	*
Partenaire France	27	19	37	16	
Partenaire à l'étranger	11	20	16	14	
Motif de la venue en France					
Tenter chance/travail	44	53	45	11	**
Raisons familiales	27	9	30	44	
Menacé dans son pays	11	19	9	5	
Études	15	13	3	33	
Raisons médicales	3	5	13	6	
Circonstances du diagnostic					
Année du diagnostic					
Médiane (IIQ)	2004(2001;2006)	2004 (2002;2006)	2003 (2000;2006)	2003(2000;2006)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration					
Diagnostic avant migration	2	7	25	19	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	22	36	49	43	
Diagnostic 3e- 6e année France	26	31	18	29	
Diagnostic ap 7e année France	50	27	7	10	
Occasion du test					
Initiative du patient	31	32	12	30	*
Protocole de dépistage	19	5	27	17	
Initiative du médecin	44	56	55	41	
Autre	5	7	6	10	
Valeurs manquantes	0	0	0	2	
Caractéristiques de la classe					
Nb moyen de transitions	1,4	2,1	2,2	2,2	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années					
Avant migr_sans activité	0,1	0,6	0,9	0,3	
Après migr_sans activité	0,6	0,6	4,2	0,7	
Avant migr_étudiant	0,3	0,2	0,5	3,7	
Après migr_étudiant	0,5	0,2	0,3	4,2	
Avant migr_petits boulots	0,2	0,2	0,1	0,2	
Après migr_petits boulots	0,3	5,4	0,4	0,4	
Avant migr_activité	1,1	1,8	3,7	0,2	
Après migr_activité	8,0	2,1	1,0	15	

p : p-valeur du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Classe 2 : passage à l'inactivité (16%)

Cette classe, un peu plus nombreuse relativement que dans le groupe VIH, regroupe les personnes pour qui le diagnostic est suivi d'un passage à l'inactivité. Les femmes sont surreprésentées dans cette classe (54%) et 13% des personnes sont venues pour des raisons médicales, ce qui est un peu plus que dans les autres classes. Le passage à l'inactivité peut donc être lié à l'état de santé, il peut aussi être lié à la migration elle-même puisque 49% des personnes sont diagnostiquées dans les deux premières années en France.

Classe 3 : le passage à l'activité des étudiants (15%)

Cette classe est composée de personnes qui, étudiants au pays, poursuivent des études en France. Logiquement, la part des personnes ayant atteint un niveau d'étude supérieur est très élevée (73%), et l'âge à l'arrivée relativement bas (22 ans en médiane). La plupart des personnes sont venues soit pour des raisons familiales (44%), soit pour des études (un tiers). Elles ont bien souvent été diagnostiquées dans les premières années en France (43% 1^{re} ou 2^e année) mais aussi pour une personne sur cinq avant la migration. Ces personnes sont majoritairement étudiantes l'année du diagnostic, et accèdent petit à petit à l'activité dans les années qui suivent.

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires d'activité, groupe Hépatite B

De manière générale, l'activité n'est pas interrompue au moment du diagnostic, et même, dans d'autres cas, il est suivi d'un passage vers l'activité. Pour une minorité cependant, souvent des femmes, le diagnostic est suivi d'un passage à l'inactivité, sans qu'il soit possible pour l'instant de comprendre pleinement les facteurs de cette interruption.

d) Comparaison VIH et Hépatite B sur les trajectoires d'activité et hypothèses

De manière générale, la majorité des personnes sont en activité et le restent au moment du diagnostic (ce qui était visible dans les chronogrammes, cf. Figure 20). Dans chacun des groupes, il y a bien une catégorie de personnes (11% et 16% dans les groupes VIH et Hépatite B respectivement) pour qui le diagnostic est concomitant d'un passage à l'inactivité. Cependant, il n'est pas possible de savoir à ce stade si ce passage à l'inactivité est bien lié à la maladie, et par exemple à un état de santé dégradé, ou bien si c'est l'effet de la migration elle-même qui intervient au même moment. Cela reste une hypothèse à explorer.

D'autre part, les groupes VIH et Hépatite B diffèrent quelque peu.

Dans le groupe VIH, un quart des personnes (notamment des femmes) accède à l'activité au moment de l'arrivée en France, qui est aussi le moment du diagnostic ; or cette classe ne se retrouve pas dans le groupe Hépatite B. Cela peut s'expliquer par une différence de composition des groupes : il y a moins de femmes dans le groupe Hépatite B, le phénomène de mise en activité est peut-être moins présent. Des analyses précédentes ont aussi montré que comparées aux femmes du groupe Médecine Générale, les femmes séropositives pour le VIH accèdent plus vite à l'activité, et notamment en raison d'un appui des associations pour les personnes vivant avec le VIH qui les accompagnent dans leur insertion professionnelle (Gerbier-Aublanc, Gosselin, et the Parcours Study Group 2016 en Annexe I, cf. chapitre 2).

Enfin, dans le groupe Hépatite B apparaît le petit groupe de personnes venues pour étudier, composé de personnes relativement jeunes, et pour qui le diagnostic intervient pendant les études en France. Celui-ci ne ressort pas dans le groupe VIH.

3.3. Les trajectoires administratives autour du diagnostic

La politique d'immigration de la France a largement évolué dans les dernières décennies, et en particulier envers les personnes étrangères atteintes de maladies graves. De manière générale, depuis la fermeture des frontières en 1974, l'État français met en œuvre une politique d'immigration destinée à limiter les flux d'entrée en France et cette politique s'est durcie dans les dernières années (cf. chapitre 2).

Cependant, l'accès aux soins en France n'est pas théoriquement conditionné par le fait d'avoir des papiers en règle : en effet depuis 2001 existe l'Aide Médicale d'État (AME), ce qui est assez remarquable dans un contexte global de durcissement des politiques d'immigration (Fassin 2004). De plus, il existe une possibilité pour les étrangers d'obtenir l'autorisation de résider en France au titre des soins, presque toujours accordée aux personnes séropositives (cf. Introduction). Pour les personnes atteintes d'une hépatite B chronique toutefois, la situation est bien différente de celle des personnes affectées par le VIH : puisqu'il n'y a pas toujours indication de traitement, bien souvent les personnes n'ont pas accès à ce titre de séjour pour soins, alors même que le suivi de l'hépatite B n'est pas assuré dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne (Revault 2010).

Le diagnostic VIH peut donc entraîner un accès à un titre de séjour court (un an renouvelable habituellement pour le titre de séjour pour soins) alors que c'est moins le cas pour le diagnostic d'hépatite B.

La question de la situation administrative des personnes malades n'est pas sans importance. En effet, des travaux qualitatifs ont montré comment en France, le climat de peur et de suspicion autour des migrants « sans-papiers » influence leurs pratiques de soins et celles de leurs interlocuteurs (soignants) (Larchanché 2012). Plus généralement, des études quantitatives ont montré comment les conditions de vie dégradées pouvaient être à l'origine d'une moins bonne réponse au traitement des migrants subsahariens par rapport aux autres groupes infectés par le VIH en France (Dray-Spira, Spire, Heard, Lert, et VESPA Study Group 2007).

Tout porte donc à croire que l'accès au titre de séjour est une dimension clef de la façon dont les personnes vont pouvoir faire face à leur maladie : non seulement en termes de vie avec la maladie en général (accès au logement, emploi) mais aussi en termes de facilité de suivi et de prise en charge médicale (question de l'observance, refus de soins expérimentés par les personnes en situation irrégulière bénéficiaires de l'AME (Larchanché 2012)).

Au-delà du fait d'être en situation irrégulière ou non, la question de la nature du titre de séjour détenu par la personne se pose aussi. En effet, avoir un récépissé qui autorise un séjour de trois mois sans possibilité de travailler ou avoir une carte de résident de 10 ans ne sont pas deux situations équivalentes. Si l'accès au titre de séjour pour soins peut permettre aux personnes de se stabiliser et de suivre leur traitement dans des conditions décentes, une étude récente montre que les malades peuvent ensuite très rarement passer à un titre de séjour plus pérenne, et qu'à durée de séjour égale, les personnes étrangères séropositives ont moins souvent une carte de résident de 10 ans que les personnes étrangères qui n'ont pas le VIH (étude menée dans les DOM, 53% versus 30% en Guadeloupe ; 48% versus 25% en Guyane) (Lert 2014).

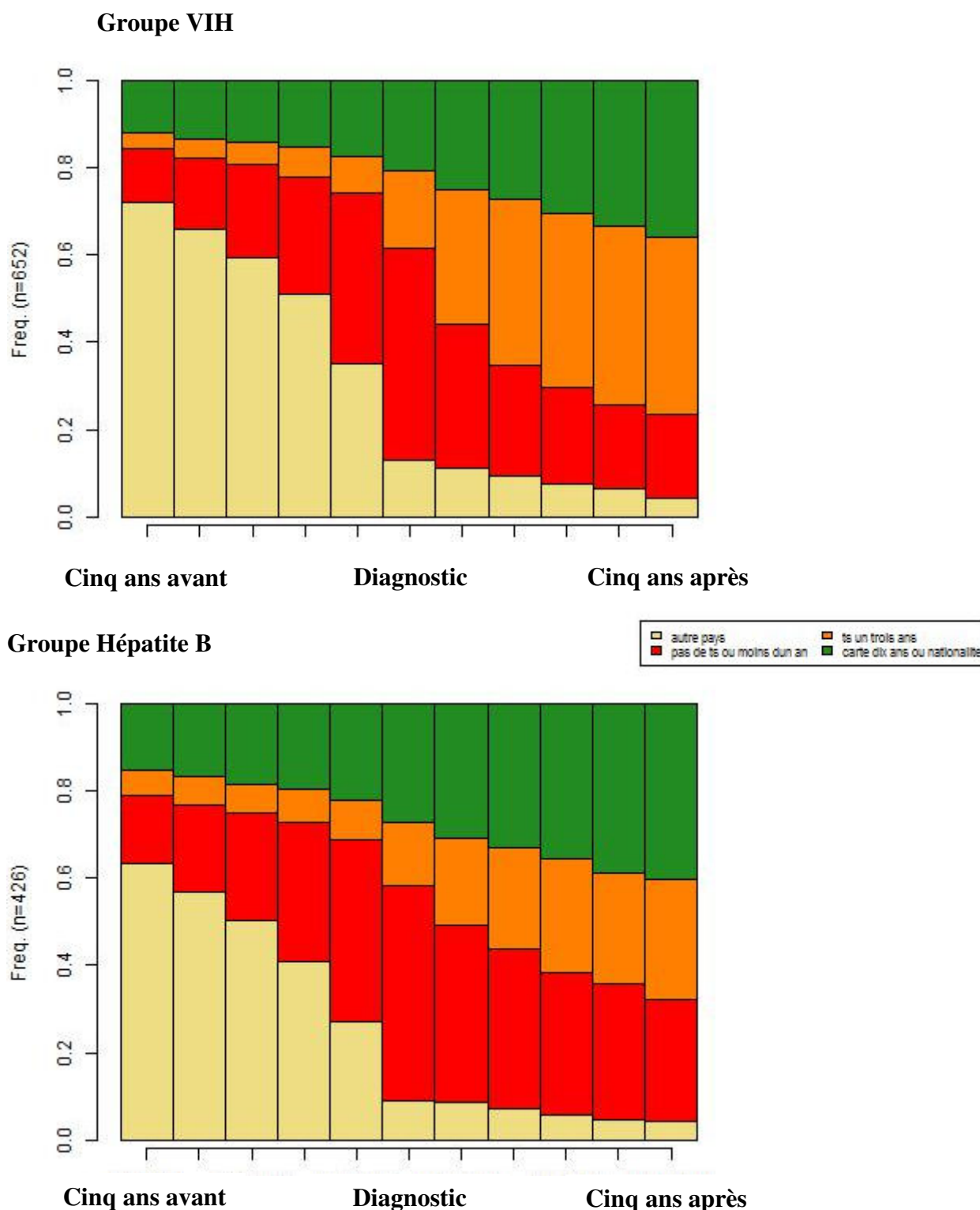
L'objectif de cette analyse est donc d'éclairer l'impact du diagnostic sur les trajectoires administratives.

a) Description générale des trajectoires administratives

La Figure 23 donne une représentation graphique des trajectoires administratives autour du diagnostic pour l'ensemble des personnes VIH ou Hépatite B sur lesquelles porte l'analyse (N=1078). La plus grande différence entre les deux groupes est la part plus importante des titres de séjour de un à trois ans dans le groupe VIH à partir de l'année du diagnostic, qui correspond sûrement à une part plus importante des personnes qui obtiennent un titre de séjour pour soins. Dans le groupe Hépatite B, la part des personnes qui n'ont aucun titre de

séjour ou un titre de moins d'un an est un peu plus élevée que dans le groupe VIH. Dans les deux groupes, la part des personnes ayant une carte de résident (10 ans) ou la nationalité française n'augmente que lentement. Il semblerait donc bien que le diagnostic VIH permette plus facilement la régularisation au titre des soins.

Figure 23. Chronogrammes des états de la trajectoire administrative autour du diagnostic



Note de lecture : Cinq ans avant le diagnostic VIH (première figure, première colonne), la majeure partie des personnes se trouvent dans leur pays d'origine, environ 15% ont une carte de résident ou la nationalité française, environ 15% n'ont pas de titre de séjour du tout.

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

b) Typologie des trajectoires administratives autour du diagnostic VIH

À l'issue de cette analyse, quatre classes sont retenues pour la typologie des trajectoires administratives dans le groupe VIH (Figure A9 et A10 en annexe de chapitre). La Figure 24 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 16 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe. Dans la description des classes a été ajoutée une variable qui donne la proportion de personnes ayant obtenu un titre de séjour pour soins au cours de la vie. En effet, un titre de séjour court (en orange sur les graphiques) peut aussi bien avoir été octroyé pour soins ou pour une autre raison. La variable « avoir obtenu un titre de séjour pour soins » ajoute donc de l'information, en revanche il faut noter que cette variable n'a pas été recueillie pour chaque année, elle donne simplement la proportion de personnes ayant eu un titre de séjour pour soins au cours de leur vie.

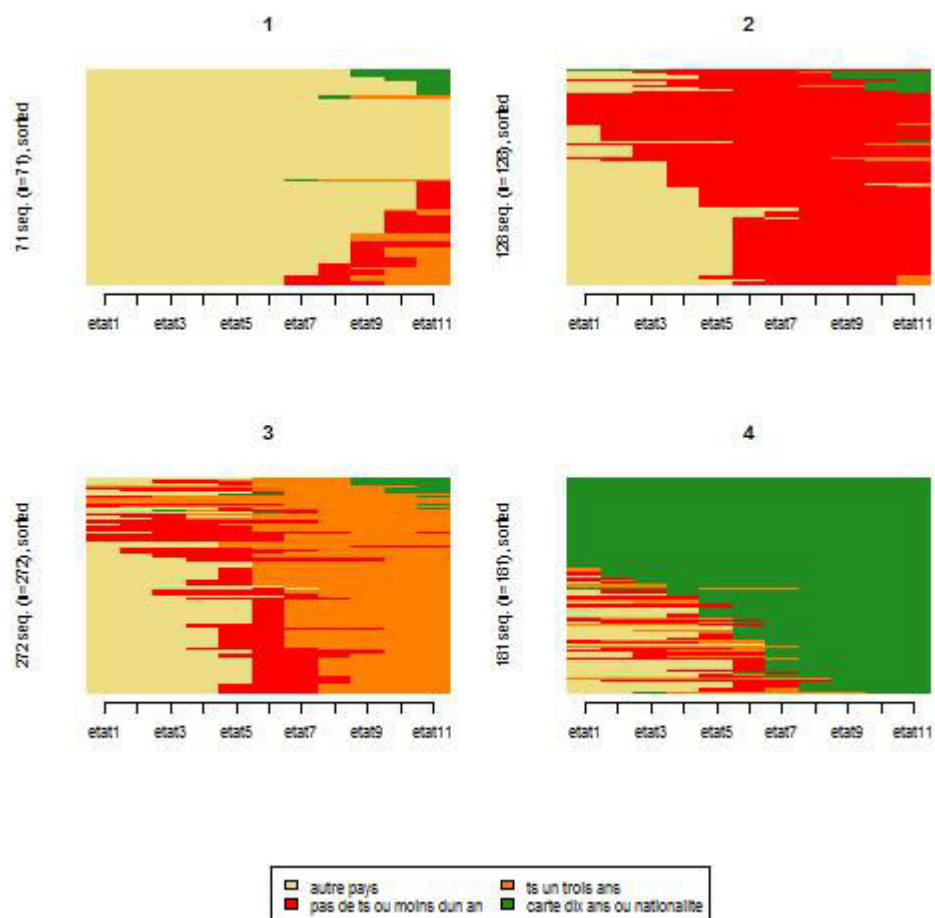
Classe 3 : accès au titre de séjour pour soins (42%)

Cette classe est la plus fréquente dans le groupe VIH et est caractérisée par un accès relativement rapide au titre de séjour d'un à trois ans, le plus souvent au titre des soins (77% ont obtenu un titre de séjour pour soins au cours de la vie). Dans cette classe, il y a un peu plus de femmes, ce sont des personnes qui ont été diagnostiquées en 2003 en médiane et plus souvent dans le cadre d'un protocole de dépistage (23%).

Classe 4 : être diagnostiqué alors qu'on est installé, qu'on a la carte de 10 ans (28%)

Dans cette classe, le diagnostic intervient alors qu'on a déjà la carte de résident ou la nationalité française et que l'on réside depuis plus de sept ans en France (60%). Dans ce cas, l'irruption de la maladie ne change pas la donne. Il s'agit de personnes arrivées plus tôt en France que les autres (1990 en médiane), souvent pour des raisons familiales (40%).

Figure 24. Tapis de séquence des parcours administratifs autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires administratives - groupe VIH

	Classe 3 <i>Arrivée et accès au titre de séjour pour soins</i> 42% (n=272)	Classe 4 <i>Les installés</i> 28% (n=181)	Classe 2 <i>Arrivée et précarité administrative</i> 20% (n=128)	Classe 1 <i>Diagnostic au pays</i> 11% (n=71)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu					
Sexe					
% hommes	31	38	42	38	NS
% femmes	69	62	58	62	
Niveau d'étude à l'enquête					
Aucun, primaire	23	22	23	6	**
Secondaire	58	50	53	62	
Supérieur	19	29	23	32	
Année d'arrivée					
Médiane (IIQ)	2001 (1998;2003)	1990 (1984;1998)	1999 (1991;2002)	2008 (2004;2010)	
Âge à l'arrivée					
Médiane (IIQ)	29 (24;35)	24 (20;29)	29 (24;34)	36 (31;43)	
Statut conjugal à l'arrivée					
Seul	51	56	60	49	NS
Partenaire France	39	37	30	34	
Partenaire à l'étranger	10	7	10	17	
Motif de la venue en France					
Tenter chance/travail	45	28	47	28	**
Raisons familiales	26	40	23	25	
Menacé dans son pays	13	13	9	7	
Études	10	15	12	0	
Raisons médicales	6	3	9	39	
À obtenu titre de séjour soins	77	7	57	62	
Circonstances du diagnostic					
Année du diagnostic					
Médiane (IIQ)	2003 (2000;2005)	2001 (1997;2005)	2001 (1995;2004)	2002 (1999;2005)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration					
Diagnostic avant migration	2	1	5	100	
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	58	18	44	0	
Diagnostic 3e- 6e année France	28	22	34	0	
Diagnostic ap 7e année France	13	60	17	0	
Occasion du test					
Initiative du patient	19	23	15	20	NS
Protocole de dépistage	23	28	16	18	
Initiative du médecin	55	44	67	55	
Autre	2	3	2	3	
Valeurs manquantes	1	2	0	3	
Caractéristiques de la classe					
Nb moyen de transitions	1,9	1,0	1,1	0,8	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années					
Autre pays	3,3	1,2	3,1	9,4	
Pas de titre de séjour ou <1an	2,5	1,0	7,4	0,7	
Titre de séjour 1-3 ans	5,0	0,7	0,2	0,6	
Carte 10 ans ou nationalité	0,2	8,2	0,3	0,3	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : *Enquête ANRS Parcours 2012-2013*

Classe 2 : précarité administrative (20%)

Pour les personnes de cette classe, souvent diagnostiquées à l'arrivée (44% lors des deux premières années), le moment du diagnostic est celui d'une précarité administrative (c'est-à-dire que les personnes n'ont soit aucun titre de séjour, soit un titre de séjour de moins d'un an), ce qui peut compliquer la prise en charge. Les hommes sont surreprésentés dans cette classe (42%), il s'agit surtout de personnes arrivées célibataires en France (60%) pour tenter leur chance (47%). Au cours de la période, ces personnes ont passé en moyenne 7,4 années en situation de précarité administrative. Cependant, 57% des personnes de cette classe ont finalement obtenu un titre de séjour pour soins, sans doute plus de cinq ans après le diagnostic puisque cet accès n'est pas visible sur le tapis de séquence.

Classe 1 : personnes diagnostiquées au pays (11%)

Cette classe est constituée des personnes qui ont été diagnostiquées pour le VIH dans leur pays d'origine. Ce sont des personnes arrivées plus récemment en France (en 2008 en médiane), relativement plus âgées (âge médian 36 ans) et pour 39% d'entre elles venues pour des raisons médicales. La question de l'impact du diagnostic sur le statut administratif ne se pose donc pas.

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires administratives, groupe VIH

Pour beaucoup de personnes, le diagnostic VIH est suivi d'un accès au titre de séjour pour soins. Une personne sur cinq est toujours en précarité administrative plusieurs années après le diagnostic, ce qui montre les limites de cet accès.

c) Typologie des trajectoires administratives autour du diagnostic Hépatite B

Quatre classes sont retenues pour la typologie des trajectoires administratives dans le groupe Hépatite B (Figures A11 et A12 en annexe de ce chapitre). La Figure 25 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 17 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

Classe 1 : précarité administrative (42%)

Cette classe est la plus fréquente dans le groupe Hépatite B et regroupe les personnes qui ont soit pas de titre de séjour du tout, soit des titres de séjour de moins d'un an tout au long de la période. Cette classe représente beaucoup plus de personnes relativement que dans le groupe VIH. Les hommes sont surreprésentés dans cette classe (78%) et il s'agit surtout de personnes

venues tenter leur chance ou trouver du travail en France (57%). Au total, ces personnes ont passé en moyenne 7,1 années en situation de précarité administrative. Seuls 38% des personnes auront eu accès au titre de séjour pour soins au cours de leur vie.

Classe 2 : être diagnostiqué alors qu'on est installé, qu'on a la carte de 10 ans (30%)

Cette classe compte plus de femmes que les autres (43%) et plus de personnes venues dans le cadre du regroupement familial (46%). Ce sont également des personnes arrivées plus tôt en France (1991 en médiane). Pour la grande majorité de ces personnes, le diagnostic intervient alors qu'elles sont déjà installées depuis longtemps en France (63% des diagnostics après la septième année en France) et le diagnostic ne change pas la donne.

Classe 3 : accès au titre de séjour court, puis parfois titre de séjour long (21%)

Pour une personne sur cinq le diagnostic suit de près la migration (51% même année ou suivante) et il y a un passage par le titre de séjour court à l'arrivée, avec une concentration des épisodes de précarité administrative autour de l'arrivée. Seuls 36% des personnes ont eu accès au titre de séjour pour soins, la majorité des personnes ont donc dû être régularisées pour d'autres motifs que le soin. Une partie de ces titres de séjour courts peut s'expliquer par l'importance de la part de personnes venues pour études et qui ont donc un visa étudiant (34%). Vers la fin de la période d'observation, une petite partie des personnes semble accéder à la carte de résident ou la nationalité française (1,4 année passée avec la carte de résident ou la nationalité française en moyenne dans cette classe).

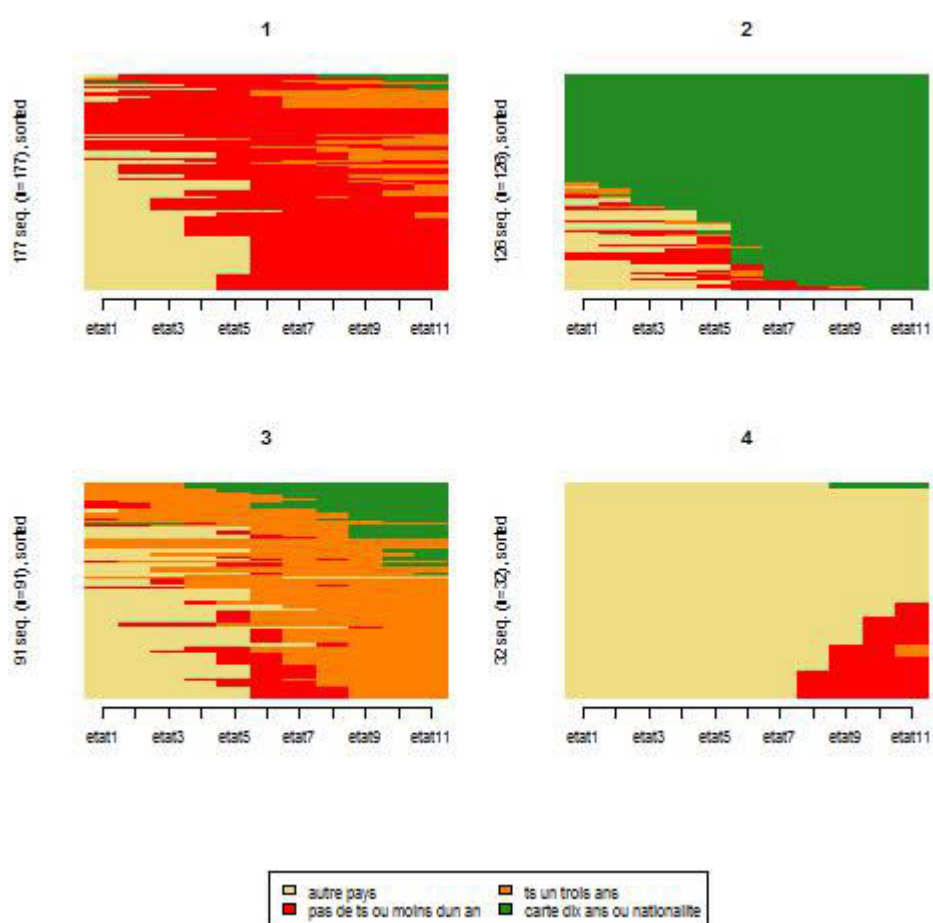
Classe 4 : être diagnostiqué dans son pays d'origine (8%)

Cette classe regroupe 8% des personnes, toutes diagnostiquées dans leur pays d'origine, et qui sont arrivées plus récemment (2008 en médiane) et plus âgées (32 ans en médiane). Comme vu précédemment, elles ont également un niveau d'étude élevé (41% ont atteint un niveau d'étude supérieur). Un quart d'entre elles sont venues pour des raisons médicales, cependant il est à noter qu'à leur arrivée en France (en fin de période d'observation pour certaines), elles connaissent des périodes de précarité administrative (1,1 année passée dans cette situation en moyenne).

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires administratives, groupe Hépatite B

La précarité administrative est la trajectoire la plus répandue autour du diagnostic d'hépatite B (42%), ce qui confirme le profil particulier de ce groupe plus précaire (Dray-Spira et al. 2015). Pour les personnes installées, le diagnostic d'hépatite B ne change pas la donne. L'accès au titre de séjour « pour soins » est lui assez minoritaire dans ce groupe.

Figure 25. Tapis de séquence des parcours administratifs autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 17. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires administratives - groupe Hépatite B

	Classe 1 <i>Précarité administrative</i>	Classe 2 <i>Les installés</i>	Classe 3 <i>Arrivée et accès au titre 1- 3 ans</i>	Classe 4 <i>Diagnostic au pays</i>	<i>p</i>
	42% (n=177)	30% (n=126)	21% (n=91)	8% (n=32)	
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu					
Sexe					
% hommes	78	57	66	66	**
% femmes	22	43	34	34	
Niveau d'étude à l'enquête					
Aucun, primaire	36	18	22	9	**
Secondaire	44	48	35	50	
Supérieur	20	34	43	41	
Année d'arrivée					
Médiane (IIQ)	2001 (1999;2003)	1991 (1985;2000)	2001 (1995;2004)	2008 (2005;2011)	
Âge à l'arrivée					
Médiane (IIQ)	27 (23;32)	24 (18;29)	26 (22;30)	32 (26;40)	
Statut conjugal à l'arrivée					
Seul	65	53	65	53	NS
Partenaire France	21	34	21	28	
Partenaire à l'étranger	14	13	14	19	
Motif de la venue en France					
Tenter chance/travail	57	27	30	38	**
Raisons familiales	15	46	24	22	
Menacé dans son pays	13	13	4	9	
Études	10	13	34	6	
Raisons médicales	5	0	8	25	
À obtenu titre de séjour soins	38	2	36	22	
Circonstances du diagnostic					
Année du diagnostic					
Médiane (IIQ)	2004 (2002;2006)	2004 (1999;2006)	2003 (2000;2006)	2001 (1994;2006)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration					
Diagnostic avant migration	1	1	4	100	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	37	19	51	0	
Diagnostic 3 ^e - 6 ^e année France	39	17	22	0	
Diagnostic ap 7 ^e année France	23	63	23	0	
Occasion du test					
Initiative du patient	32	28	22	28	NS
Protocole de dépistage	12	26	19	9	
Initiative du médecin	50	37	52	53	
Autre	5	6	8	9	
Valeurs manquantes	2	1	0	0	
Caractéristiques de la classe					
Nb moyen de transitions	1,3	0,8	1,8	0,5	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années					
Autre pays	2,5	1,2	3,1	9,7	
Pas de titre de séjour ou <1an	7,1	0,8	1,3	1,1	
Titre de séjour 1-3 ans	1,2	0,2	5,4	0,1	
Carte 10 ans ou nationalité	0,2	8,8	1,4	0,1	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

d) Comparaison VIH et Hépatite B sur les trajectoires administratives et hypothèses

En général, la précarité administrative est très répandue, y compris après le diagnostic. Cette précarité administrative complique la vie avec l'infection des personnes, non seulement en termes de continuité et de qualité de la prise en charge (Vignier et al. 2016) mais aussi parce que l'ensemble des autres sphères de la vie (travail, logement, vie familiale) en sont affectées.

Cette précarité administrative semble plus fréquente dans le groupe Hépatite B, où moins de personnes accèdent au titre de séjour pour soins, et pour lequel d'autres analyses ont montré que les personnes les plus précaires étaient plus présentes (Dray-Spira et al. 2015; Enel 2012).

La question de l'impact du titre de séjour pour soins sur un possible blocage de l'accès à la carte de séjour ou nationalité française reste posée, puisqu'un peu moins de personnes du groupe VIH ont obtenu une carte de résident ou la nationalité française en fin de période que dans le groupe Hépatite B, bien que l'effet soit léger (cf. Figure 23).

3.4. Les trajectoires de couple autour du diagnostic

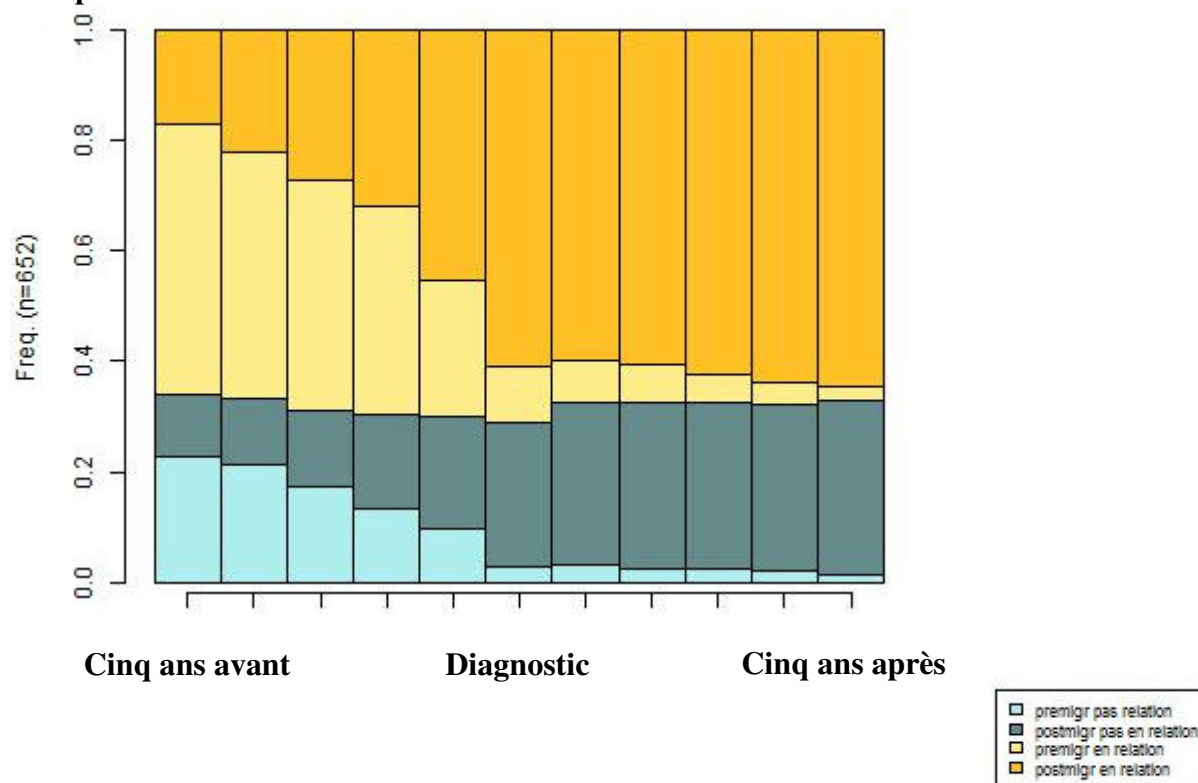
Le couple est l'une des dimensions de la vie affective et personnelle des personnes que le diagnostic d'une maladie sexuellement transmissible comme le VIH ou l'Hépatite B est susceptible d'affecter. En effet, des situations de rejet de la part du partenaire ont été documentées en Afrique et ailleurs en ce qui concerne le VIH (Gaillard et al. 2002), en raison notamment de la stigmatisation de cette maladie (Farmer 2006). Pour l'hépatite B, bien que peu d'études aient été menées sur cette question, des recherches qualitatives montrent qu'en raison d'une méconnaissance de la maladie, celle-ci pouvait être confondue avec le VIH et occasionner l'arrêt de rapports sexuels par peur de contaminer le partenaire alors même qu'un vaccin existe (Pourette 2013). La maladie peut ainsi occasionner des difficultés, voire des ruptures entre les partenaires.

a) Description générale des trajectoires de couple

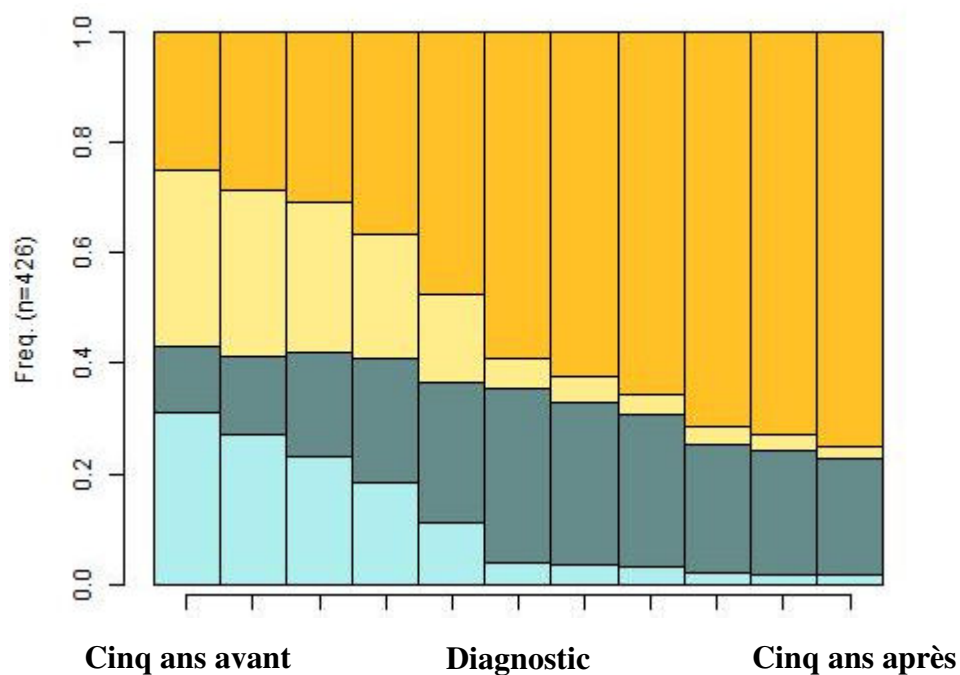
La Figure 26 donne une représentation graphique des trajectoires de couple autour du diagnostic pour l'ensemble des personnes VIH ou Hépatite B sur lesquelles porte l'analyse (N=1078). La dynamique générale semble être légèrement différente dans les deux groupes. En effet, la proportion de personnes en couple ne semble pas être modifiée par le diagnostic VIH et elle reste stable tout au long de la période. En revanche, dans le groupe Hépatite B de plus en plus de personnes sont en couple au fil de la période d'observation.

Figure 26. Chronogrammes des états de la trajectoire de couple autour du diagnostic

Groupe VIH



Groupe Hépatite B



Note de lecture : Cinq ans avant le diagnostic VIH (première figure, première colonne), un peu plus de 60% des personnes sont en couple.

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Le diagnostic VIH, contrairement à ce qui pourrait être attendu, ne semble donc pas entraîner de baisse de la proportion de personnes en couple. Certes, l'indicateur simple « être en couple/ne pas être en couple une année donnée » ne permet pas de savoir si l'enquêté a changé de partenaire. En tous les cas, cette description interroge l'idée selon laquelle le diagnostic VIH provoquerait un rejet du partenaire. En creux, il est cependant visible qu'il n'y a pas de phénomène de mise en couple dans le groupe VIH alors qu'il y en a dans le groupe Hépatite B, sans que cela soit possible à ce stade de savoir s'il s'agit d'un effet de composition des groupes (une différence de la structure par âge par exemple) ou d'une différence spécifique aux personnes séropositives pour le VIH.

b) Typologie des trajectoires de couple autour du diagnostic VIH

À l'issue de cette analyse, six classes sont retenues pour la typologie des trajectoires de couple dans le groupe VIH (Figures A13 et A14 en annexe de ce chapitre). La Figure 27 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 18 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

Classe 2 : les installés, toujours en couple (29%)

Cette classe regroupe 29% du groupe VIH et elle correspond aux personnes qui étaient depuis longtemps installées en France au moment de leur diagnostic (71% diagnostiquées après la septième année en France). Arrivées plus tôt que les autres (1990 en médiane), pour des raisons diverses, ces personnes sont déjà depuis plusieurs années en couple au moment du diagnostic VIH et le demeurent au-delà. Les hommes sont surreprésentés dans cette classe.

Classe 5 : être en couple et migrer au moment du diagnostic (26%)

Cette classe regroupe plus d'un quart des personnes, qui sont en couple tout au long de la période et qui sont diagnostiquées au moment de la migration (68% première ou deuxième année en France). Les personnes restent en couple tout au long de la période, quitte à laisser leur partenaire au pays (22%).

Classe 6 : jamais en couple (15%)

Dans cette classe, les hommes sont surreprésentés (41%), ce sont également des personnes arrivées un peu plus tôt relativement (année médiane d'arrivée 1999). 90% des personnes de cette classe sont arrivées célibataires, et elles ne se sont pas mises en couple à leur arrivée en France. Pour beaucoup, les personnes qui appartiennent à cette classe n'ont pas été diagnostiquées dès leur arrivée mais un peu plus tard (année médiane de diagnostic 2003).

Cette classe semble donc correspondre à une migration de travail de personnes qui sont arrivées célibataires et qui le demeurent après la migration.

Classe 3 : les trajectoires de rupture (12%)

Cette classe est caractérisée par une dynamique de rupture de couple au moment du diagnostic, qui est aussi le moment de la migration. Comme 77% des personnes sont arrivées seules, il est possible que ce soit la migration qui ait provoqué la rupture. La raison la plus fréquente de venue en France est de trouver un travail ou tenter sa chance (43%) et 68% des personnes ont été diagnostiquées lors des deux premières années en France. Cette classe est celle qui connaît le plus grand nombre de transitions en moyenne (2,5).

Classe 4 : Mise en couple au moment de la migration (11%)

Les personnes de cette classe, arrivées en médiane en 2002, sont pour près d'un tiers venues en France pour des raisons familiales et 58% des personnes avaient un partenaire en France à l'arrivée. Un quart d'entre elles avaient été diagnostiquées avant la migration, et 61% lors de l'arrivée en France. Cette classe correspond sûrement à des personnes venues dans le cadre du regroupement familial et pour qui la migration est un moment de mise en couple.

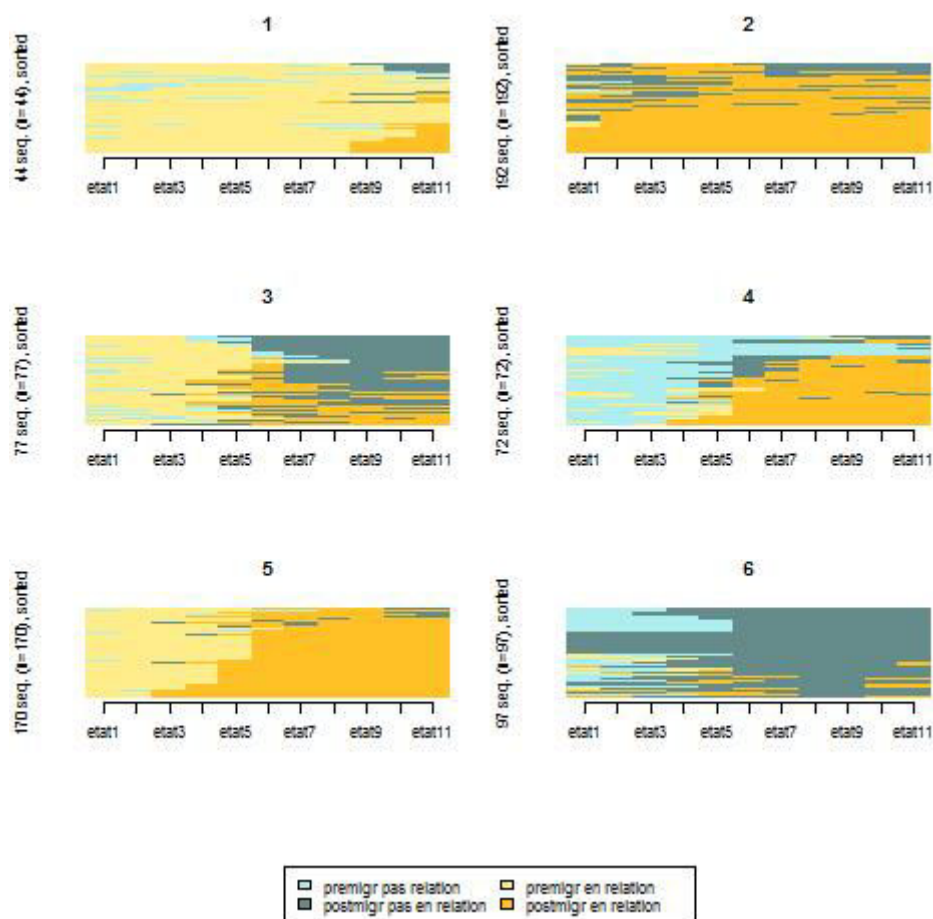
Classe 1 : diagnostiqué avant la migration, en couple (7%)

Cette classe est celle des personnes diagnostiquées avant la migration et qui sont toutes en couple au cours de la période. Il s'agit donc de personnes arrivées plus récemment (médiane 2008), relativement plus âgées (âge médian 36 ans) et avec un niveau d'étude plus élevé (32% ont atteint un niveau d'étude supérieur). Une bonne part d'entre elles sont venues pour des raisons médicales en France (39%).

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de couple, groupe VIH

En général, le diagnostic VIH n'a pas d'effet sur le couple. En revanche, pour certaines personnes (classe 3, 12%) il y a bien une dynamique de rupture au moment du diagnostic, sans qu'il soit possible à ce stade de savoir si elle est liée à la migration ou au diagnostic lui-même.

Figure 27. Tapis de séquence des parcours de couple autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 18. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de couple - groupe VIH

	Classe 2 <i>Les installés</i>	Classe 5 <i>Migrer et rester en couple</i>	Classe 6 <i>Jamais en couple</i>	Classe 3 <i>Trajectoires de rupture</i>	Classe 4 <i>Arrivée et mise en couple</i>	Classe 1 <i>Diagnostic au pays En couple</i>	p
	29% (n=192)	26% (n=170)	15% (n=97)	12% (n=77)	11% (n=72)	7% (n=44)	
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu							
Sexe							
% hommes	43	29	41	30	29	36	*
% femmes	57	71	59	70	71	64	
Niveau d'étude à l'enquête							
Aucun, primaire	24	21	22	19	19	7	NS
Secondaire	51	52	56	66	60	61	
Supérieur	25	27	23	14	21	32	
Année d'arrivée							
Médiane (IIQ)	1990 (1984;1996)	2001 (1999;2003)	1999 (1990;2002)	2002 (2000;2005)	2002 (1998;2005)	2008 (2005;2011)	
Âge à l'arrivée							
Médiane (IIQ)	23 (19;28)	30 (26;36)	28 (24;35)	30 (25;35)	29 (24;36)	36 (32;43)	
Statut conjugal à l'arrivée							
Seul	62	16	90	77	58	41	**
Partenaire France	31	62	9	19	40	36	
Partenaire à l'étranger	7	22	1	4	1	23	
Motif de la venue en France							
Tenter chance/travail	37	40	41	43	43	27	**
Raisons familiales	34	30	25	22	32	25	
Menacé dans son pays	10	14	13	14	8	9	
Études	17	7	18	5	4	0	
Raisons médicales	2	9	4	16	13	39	
Circonstances du diagnostic							
Année du diagnostic							
Médiane (IIQ)	2002 (1997;2006)	2002 (1999;2004)	2003 (1999;2005)	2002 (2001;2005)	2002 (1998;2004)	2002 (1999;2005)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration							
Diagnostic avant migration	0	8	0	13	25	100	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	0	68	34	68	61	0	
Diagnostic 3 ^e -6 ^e année France	29	24	37	19	14	0	
Diagnostic ap 7 ^e année France	71	0	29	0	0	0	
Occasion du test							
Initiative du patient	19	21	16	26	18	16	**
Protocole de dépistage	27	29	7	16	26	20	
Initiative du médecin	50	50	71	55	53	55	
Autre	4	1	4	1	1	2	
Valeurs manquantes	2	0	1	3	1	7	
Caractéristiques de la classe							
Nb moyen de transitions	1,3	1,5	1,3	2,5	2,1	1,3	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années							
Premigr pas relation	0,1	0,2	1,8	0,7	4,5	0,9	
Post migr pas relation	2,1	0,3	8,0	4,2	1,0	0,4	
Premigr en relation	0,2	4,0	0,4	3,8	1,2	8,9	
Post migr en relation	8,6	6,5	0,7	2,3	4,4	0,8	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

c) Typologie des trajectoires de couple autour du diagnostic Hépatite B

À l'issue de l'analyse de séquences, cinq classes sont retenues pour la typologie des trajectoires de couple dans le groupe Hépatite B (Figures A15 et A16 en annexe de ce chapitre). La Figure 28 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 19 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

Classe 2 : arriver, être diagnostiqué et rester en couple (38%)

Les femmes sont surreprésentées dans cette classe, dont près d'un tiers des personnes sont venues pour rejoindre de la famille en France. Près de la moitié des personnes de cette classe ont été diagnostiquées à l'arrivée (première ou deuxième année en France) et 28% dans le cadre d'un protocole de dépistage. Cette classe semble donc correspondre à des personnes venues dans le cadre du regroupement familial, et qui étant diagnostiquées peu après la migration, sont en couple tout au long de la période.

Classe 1 : les installés toujours en relation (24%)

Cette classe regroupe près d'un quart des personnes, qui sont arrivées un peu plus tôt que les autres (année médiane 1989) et d'un niveau d'étude plus faible (36% aucun ou primaire). Beaucoup sont arrivés en couple, soit avec un partenaire en France (30%) ou en laissant leur partenaire à l'étranger (22%). La grande majorité de ces personnes a été diagnostiquée après la septième année en France (77%). Elles ont été diagnostiquées alors que cela faisait longtemps qu'elles étaient installées en France, et sont en couple tout au long de la période (quasiment aucun changement d'état : 0,2 en moyenne pendant la période).

Classe 3 : mise en couple quelques années après la migration (16%)

Dans cette classe, le diagnostic intervient au moment de la migration, alors que les personnes ne sont pas en couple (90% des personnes arrivent célibataires en France). Ces personnes sont donc surtout diagnostiquées à l'arrivée (60% première ou deuxième année en France) et à l'initiative du médecin (60%) et certaines semblent se mettre en couple en fin de période.

Classe 5 : parcours divers (12%)

Cette classe correspond notamment aux personnes diagnostiquées avant la migration, et qui sont donc d'un niveau d'étude plus élevé (39% niveau supérieur) et arrivées plus tard en France (2006 en médiane). Les femmes y sont surreprésentées (33%). Les individus de cette

classe connaissent plus de changements d'état au cours de la période d'observation (en moyenne 2,1).

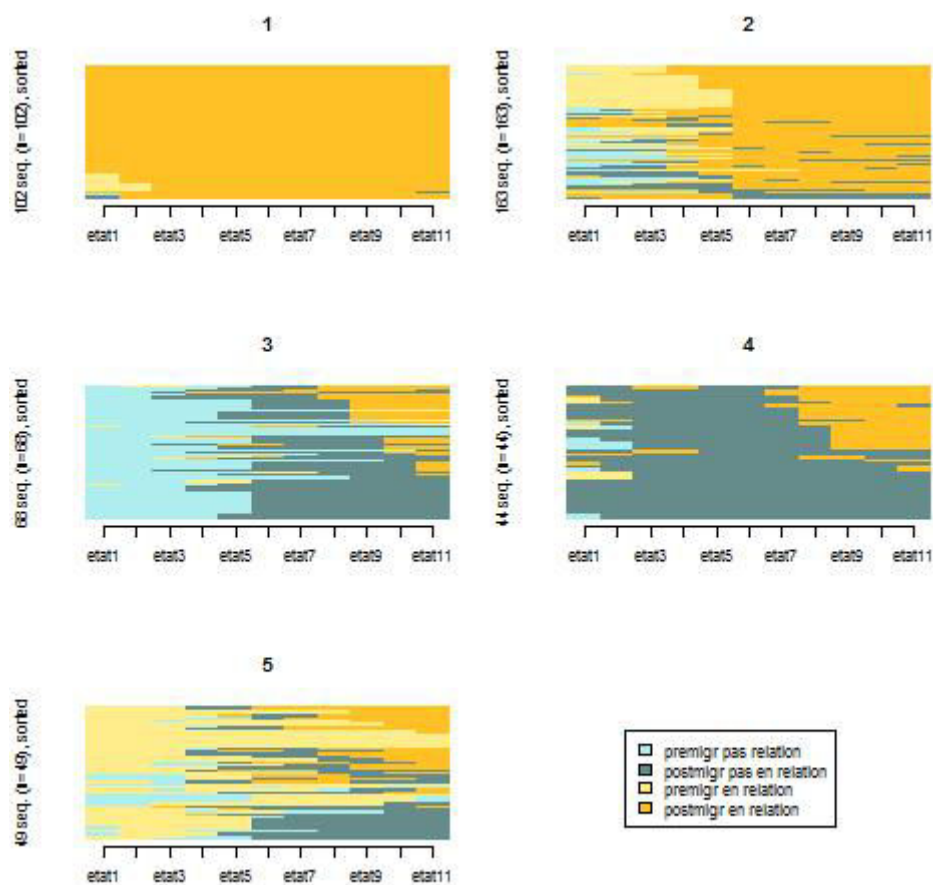
Classe 4 : Mise en couple après le diagnostic et la migration (10%)

Les hommes sont surreprésentés dans cette classe, et des hommes arrivés quasiment tous célibataires en France (93%). Pour ces hommes, la mise en couple a lieu bien après la migration. Il s'agit d'hommes venus pour tenter leur chance (45%) ou encore pour rejoindre de la famille (23%) ou étudier (18%). Tous ont été diagnostiqués au-delà de la deuxième année en France. Pour ces hommes, la mise en couple intervient quelques années après l'arrivée en France, au moment où ils sont installés, moment qui correspond également au diagnostic d'hépatite B.

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de couple, groupe Hépatite B

Le diagnostic Hépatite B ne semble avoir aucun impact sur la trajectoire de couple. Des dynamiques de mise en couple sont observées dans différentes classes.

Figure 28. Tapis de séquence des parcours de couple autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 19. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de couple - groupe Hépatite B

	Classe 2 <i>Migrer et rester en couple</i> 38% (163)	Classe 1 <i>Les installés</i> 24% (102)	Classe 3 <i>Mise en couple après migration</i> 16% (68)	Classe 5 <i>Parcours divers</i> 12% (49)	Classe 4 <i>Mise en couple après migration et diagnostic</i> 10% (44)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu						
Sexe						
% hommes	58	73	79	67	82	**
% femmes	42	27	21	33	18	
Niveau d'étude à l'enquête						
Aucun, primaire	22	36	26	16	25	*
Secondaire	52	34	41	45	36	
Supérieur	26	29	32	39	39	
Année d'arrivée						
Médiane (IIQ)	2001 (1996;2003)	1989 (1983;1996)	2004 (2001;2006)	2006 (2002;2008)	1999 (1990;2001)	
Âge à l'arrivée						
Médiane (IIQ)	27 (22;31)	25 (20;30)	25 (22;31)	33 (26;38)	25 (18;28)	
Statut conjugal à l'enquête						
Seul	42	48	90	78	93	**
Partenaire France	39	30	6	14	5	
Partenaire à l'étranger	18	22	4	8	2	
Motif de la venue en France						
Tenter chance/travail	37	42	43	43	45	*
Raisons familiales	32	30	19	18	23	
Menacé dans son pays	12	9	13	12	9	
Études	15	19	18	8	18	
Raisons médicales	5	0	7	18	5	
Circonstances du diagnostic						
Année du diagnostic						
Médiane (IIQ)	2004 (2001;2006)	2004 (1999;2006)	2004 (2002;2006)	2003 (2001;2006)	2005 (2000;2006)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration						
Diagnostic avant migration	2	0	19	47	0	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année	47	0	60	37	0	
France						
Diagnostic 3e- 6e année	26	23	21	16	50	
France						
Diagnostic ap 7e année	25	77	0	0	50	
France						
Occasion du test						
Initiative du patient	24	29	29	29	36	**
Protocole de dépistage	28	24	1	6	2	
Initiative du médecin	42	41	60	55	55	
Autre	6	5	7	10	5	
Valeurs manquantes	0	1	1	0	2	
Caractéristiques de la classe						
Nb moyen de transitions	1,7	0,2	1,6	2,1	1,2	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années						
Premigr pas relation	0,8	0,0	5,0	1,2	0,3	
Post migr pas relation	1,5	0,0	4,5	2,8	8,4	
Premigr en relation	2,0	0,2	0,3	5,2	0,2	
Post migr en relation	6,7	10,7	1,3	1,8	2,1	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

d) Comparaison VIH et Hépatite B sur les trajectoires de couple et hypothèses

Ce qui est frappant, c'est l'absence dans le groupe Hépatite B de la classe « rupture de couple » qui était présente dans le groupe VIH. Certes, il n'est pas possible au stade actuel d'attribuer l'existence de cette classe à l'impact du diagnostic. Cependant, l'analyse de typologie de trajectoires sert justement à mettre l'accent sur les trajectoires atypiques et il est bien possible que cette situation existe de manière minoritaire dans la population séropositive pour le VIH.

Au-delà de la rupture conjugale que pourrait occasionner un diagnostic VIH et pas un diagnostic Hépatite B, il est à noter qu'il y a plus de mise en couple dans le groupe Hépatite B. Un impact du diagnostic pourrait aussi se manifester dans le fait non pas de rompre, mais de rester célibataire.

3.5. Les trajectoires de bien-être autour du diagnostic

Le bien-être constitue une autre dimension de la vie personnelle et affective qui peut être affectée par l'annonce d'une maladie chronique en général, et par le VIH/sida en particulier (Bury 1982; Pierret 1997). Cette détérioration du bien-être au moment du diagnostic a aussi été aussi décrite dans le cas des migrants subsahariens (Desgrées du Loû et al. 2012; Gerbier-Aublanc 2016). Mais l'appréciation quantitative de cette détérioration du bien-être manque. Les résultats de l'enquête VESPA montrent que 12,9% des personnes vivant avec le VIH en France ont connu un épisode dépressif majeur dans la dernière année (Dray-Spira et al. 2013). D'autre part, dans certains cas la migration elle-même peut occasionner des problèmes de santé mentale lorsqu'elle a été précédée d'événements traumatiques pour les personnes (Veïsse, Wolmark, et Revault 2012).

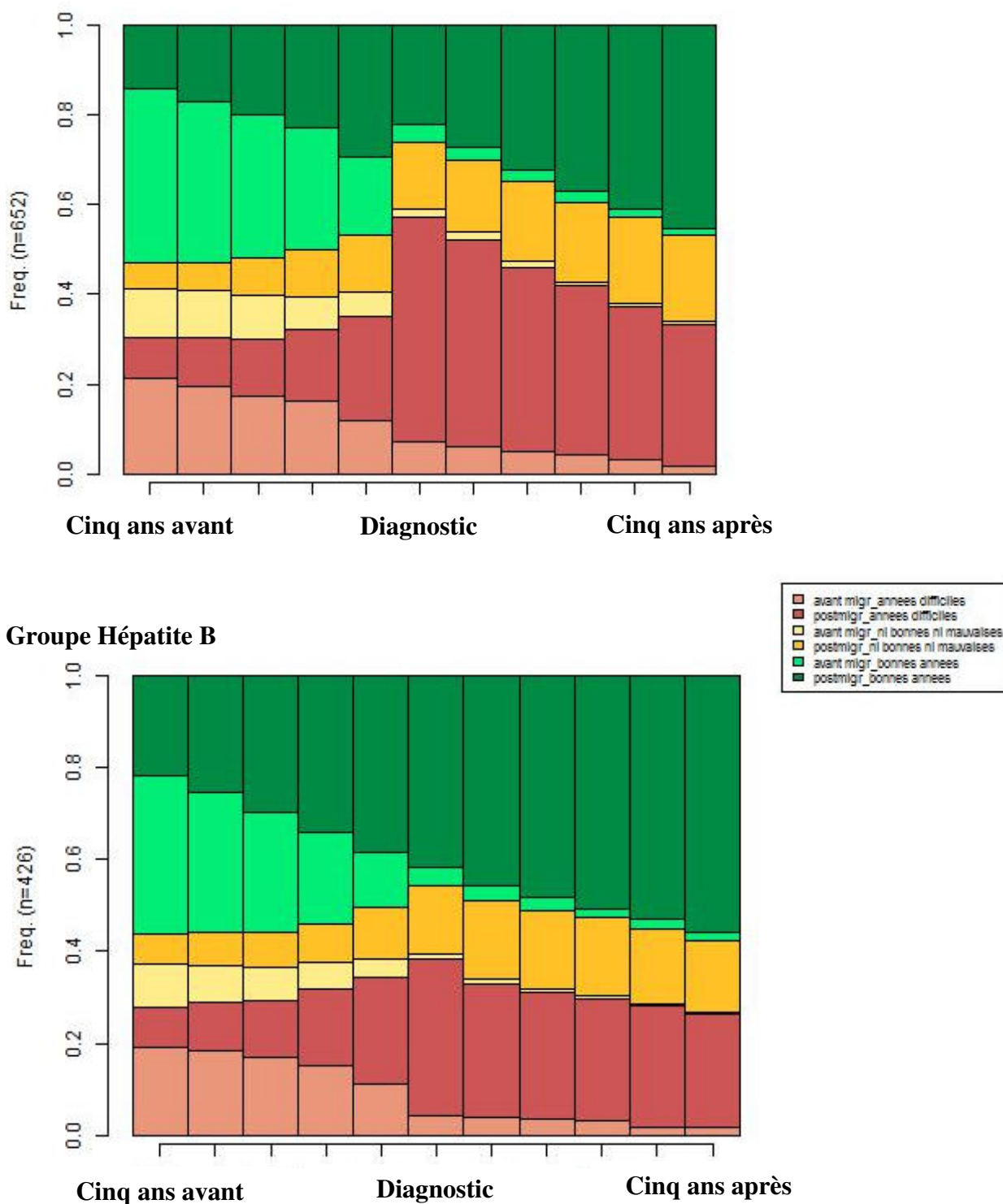
La collecte et le traitement statistique de données de perception ont déjà été mis en œuvre et des recherches précédentes suggèrent que les événements à la fois familiaux et migratoires structurent fortement les trajectoires individuelles de bien-être (Lelièvre et Robette 2015). Reste à savoir ce que la maladie, et *a fortiori* une maladie qui était et demeure très stigmatisée, peut occasionner sur le bien-être des individus.

a) Description générale des trajectoires de bien-être

La Figure 29 donne une représentation graphique des trajectoires de bien-être autour du diagnostic pour l'ensemble des personnes VIH ou Hépatite B sur lesquelles porte l'analyse (N=1078).

Les chronogrammes diffèrent fortement entre le groupe VIH et le groupe Hépatite B. En effet, le moment du diagnostic VIH semble être le moment d'une augmentation sensible de la déclaration du « mal-être » qui jusque-là tournait autour de 30% et qui atteint près de 60% cette année-là. Suite à ce diagnostic VIH, la situation s'améliore graduellement chaque année et cinq ans après le diagnostic, le niveau est quasiment identique à celui observé en début de période. En revanche, pour le groupe Hépatite B, l'allure générale du chronogramme est bien différente ; une légère augmentation du mal-être dans les années précédant le diagnostic semble atteindre son palier l'année du diagnostic et refluer ensuite mais le phénomène n'a rien à voir dans son ampleur avec ce qui est observé dans le groupe VIH.

Figure 29. Chronogrammes des états de la trajectoire de bien-être autour du diagnostic



Note de lecture : Cinq ans avant le diagnostic VIH (première figure, première colonne), un peu plus de la moitié des personnes déclarent vivre de bonnes années.

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

b) Typologie des trajectoires de bien-être autour du diagnostic VIH

À l'issue de cette analyse, six classes sont retenues pour la typologie des trajectoires de bien-être dans le groupe VIH (Figures A17 et A18 en annexe de ce chapitre). La Figure 30 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 20 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

Classe 4 : mal-être après migration (25%)

Cette classe compte un quart des personnes du groupe VIH et elle est dominée par l'état « mal-être après la migration » (7 années en moyenne). Elles sont arrivées en médiane en 1997, à un âge médian de 26 ans et ont été diagnostiquées à des moments divers de leur installation en France. Surtout venues pour tenter leur chance (46%), ces personnes sont globalement moins éduquées que les autres (seulement 17% ont atteint le niveau supérieur).

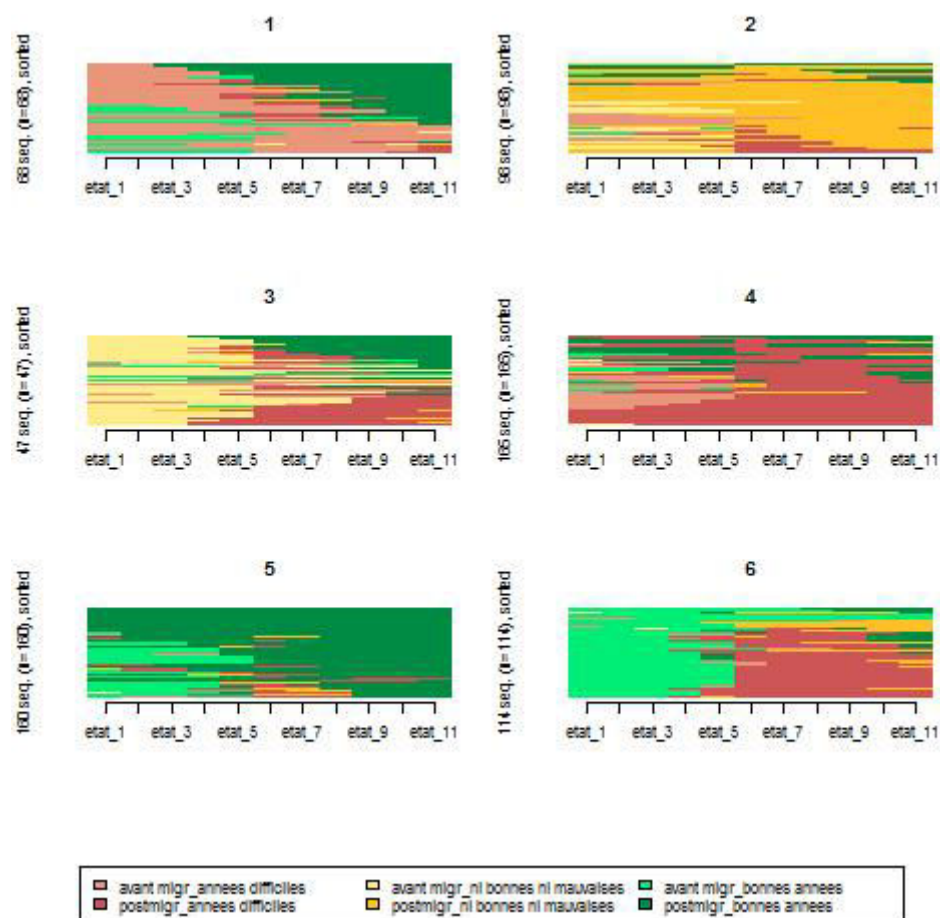
Classe 5 : les installés, toujours en bien-être (24%)

Cette classe regroupe un quart des personnes et celles-ci déclarent être dans de bonnes années tout au long de la période autour du diagnostic. Ce sont des personnes arrivées relativement plus tôt que les autres (médiane 1998), dont le tiers sont venues en France pour des raisons familiales et 14% pour faire des études. Ces personnes sont souvent été diagnostiquées une fois leur installation terminée (41% au-delà de la sixième année) et le diagnostic n'affecte pas leur trajectoire de bien-être.

Classe 6 : du bien-être au mal-être (18%)

Cette classe est particulièrement intéressante car elle concerne des personnes qui, déclarant de bonnes années avant leur migration et leur diagnostic, sont diagnostiquées au moment de leur arrivée en France (24% avant la migration, 69% dans les deux premières années en France) et qui traversent alors une période qu'elles estiment difficile. Le diagnostic VIH pourrait donc bien constituer une rupture biographique dans ces trajectoires. Arrivées en médiane en 2002, ces personnes avaient bien souvent un partenaire en France à l'arrivée (45%) et sont 19% à être venus pour des raisons médicales en France.

Figure 30. Tapis de séquence des parcours de bien-être autour du diagnostic, selon la classe, groupe VIH



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 20. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de bien-être - groupe VIH

	Classe 4 <i>Mal-être après migration</i> 25%(n=165)	Classe 5 <i>Les installés, bien-être</i> 24%(n=160)	Classe 6 <i>Du bien-être au mal-être</i> 18%(n=114)	Classe 2 <i>Ni bien ni mal en France</i> 15% (n=98)	Classe 1 <i>Vers le bien-être</i> 10% (n=68)	Classe 3 <i>De ni bien ni mal au mal-être</i> 7% (n=47)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu							
Sexe							
% hommes	32	39	32	43	38	26	NS
% femmes	68	61	68	57	62	74	
Niveau d'étude à l'enquête							
Aucun, primaire	22	27	18	18	19	9	**
Secondaire	61	51	61	48	50	62	
Supérieur	17	23	21	34	31	30	
Année d'arrivée							
Médiane (IIQ)	1997 (1989;2001)	1998 (1989;2001)	2002 (1997;2005)	1997 (1988;2001)	2004 (2001;2009)	2003 (2000;2005)	
Âge à l'arrivée							
Médiane (IIQ)	26 (22;32)	27 (22;33)	31 (26;37)	26 (22;32)	33 (26;39)	33 (28;38)	
Statut conjugal à l'arrivée							
Seul	56	52	41	71	56	47	**
Partenaire France	37	38	45	26	29	38	
Partenaire à l'étranger	7	11	14	3	15	15	
Motif de la venue en France							
Tenter chance/travail	46	39	32	33	41	40	**
Raisons familiales	33	33	29	24	22	26	
Menacé dans son pays	12	7	13	14	13	15	
Études	7	14	7	22	6	4	
Raisons médicales	2	7	19	6	18	15	
Circonstances du diagnostic							
Année du diagnostic							
Médiane (IIQ)	2002 (1997;2005)	2002 (1997;2005)	2001 (1997;2004)	2002 (1998;2006)	2002 (2000;2006)	2002 (1999;2004)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration							
Diagnostic avant migration	1	3	24	2	47	38	**
Diagnostic 1-2 ^e année France	24	36	69	24	35	45	
Diagnostic 3e- 6e année France	39	20	7	35	18	17	
Diagnostic ap 7e année France	36	41	0	39	0	0	
Occasion du test							
Initiative du patient	16	21	19	21	22	21	NS
Protocole de dépistage	25	20	22	29	15	23	
Initiative du médecin	55	55	57	48	57	51	
Autre	2	4	1	0	4	2	
Valeurs manquantes	2	1	1	2	1	2	
Caractéristiques de la classe							
Nb moyen de transitions	1,4	1,5	1,7	1,4	1,9	1,9	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années							
Premigr_années difficiles	1,3	0,1	0,3	0,8	5,1	0,9	
Post migr_années difficiles	7,0	0,8	3,9	1,2	0,9	2,7	
Premigr_ni bonnes ni mauvaises	0,0	0,0	0,0	1,0	0,1	4,7	
Postmigr_ni bonnes ni mauvaises	0,4	0,3	1,2	7,1	0,3	0,3	
Premigr_bonnes années	0,4	2,0	5,1	0,1	1,3	0,6	
Post migr_bonnes années	1,8	7,8	0,5	0,9	3,3	1,8	

p : p-valeur du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Classe 2 : en France, ni bonnes ni mauvaises années (15%)

Cette classe est caractérisée par une grande stabilité du bien-être au cours de la période autour du diagnostic, au cours de laquelle les personnes déclarent être dans des années «ni bonnes ni mauvaises ». Elle correspond aux personnes qui sont diagnostiquées alors qu'elles sont déjà installées en France (39% au-delà de la sixième année) et qui sont arrivées plus tôt que les autres (1997 en médiane). Parmi elles, les hommes sont surreprésentés et 22% venaient pour leurs études, ce qui est reflété dans le pourcentage relativement élevé de personnes ayant un niveau d'étude supérieur (34%).

Classe 1 : évolution du mal-être vers le bien-être en France (10%)

Cette classe regroupe 10 % des personnes et elle est caractérisée par une évolution du mal-être vers le bien-être. Dans cette classe sont présentes dans une certaine mesure les personnes qui ont été diagnostiquées avant la migration (47%), groupe déjà rencontré et pour qui l'arrivée en France a vraisemblablement signifié un accès au traitement et une amélioration de la prise en charge. Ce sont des personnes arrivées relativement âgées (33 ans en médiane) et assez récemment (2004 en médiane).

Classe 3 : d'un niveau intermédiaire au mal-être (7%)

Les femmes sont surreprésentées dans cette classe qui est composée de personnes qui étaient dans des années « ni bonnes ni mauvaises » avant la migration et qui déclarent des années difficiles au moment du diagnostic qui est aussi celui de la migration puisque 38% sont diagnostiquées avant la migration et 45% dans les deux premières années en France. Cette classe est composée de personnes arrivées relativement âgées (33 ans en médiane), venues en France surtout pour tenter leur chance (40%), mais aussi pour raisons familiales (26%).

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de bien-être, groupe VIH

Les trajectoires de bien-être autour du diagnostic VIH sont très diverses, néanmoins dans plusieurs classes une transition vers le mal-être est observée au moment du diagnostic, ce qui laisse penser que le diagnostic VIH a un effet délétère sur le bien-être des personnes. Toutefois, la migration semble également être suivie d'une détérioration du bien-être et il est à ce stade de l'analyse malaisé de distinguer les impacts respectifs de la migration et du diagnostic.

c) Typologie des trajectoires de bien-être autour du diagnostic Hépatite B

À l'issue de cette analyse, cinq classes sont retenues pour la typologie des trajectoires de bien-être dans le groupe Hépatite B (Figures A19 et A20 en annexe de ce chapitre). La Figure 31 donne les tapis de séquences par classes, et peut se lire en regard du Tableau 21 qui décrit les caractéristiques sociodémographiques et les circonstances du diagnostic par classe.

Classe 2 : les installés, toujours en bien-être (38%)

La classe la plus fréquente est celle des personnes qui déclarent de bonnes années tout au long de la période d'observation. Il s'agit de personnes arrivées relativement plus tôt que les autres (1997 en médiane), et assez jeunes (âge médian 25 ans). Il s'agit surtout de personnes venues pour des raisons familiales (38%) mais aussi pour tenter leur chance (35%) ou encore pour des études (18%). La plupart ont été diagnostiquées alors qu'elles étaient déjà installées en France (52% au-delà de la sixième année).

Classe 4 : le diagnostic dans une période de mal-être (21%)

Pour ces personnes, bien souvent diagnostiquées alors qu'elles sont depuis longtemps en France (43% au-delà de la sixième année en France), la transition vers le mal-être est antérieure au diagnostic, ce qui laisse à penser que c'est peut-être la migration elle-même qui occasionne cette rupture. Il s'agit de personnes arrivées en 1999 en médiane, bien souvent assez jeunes (25 ans âge médian à l'arrivée) pour des raisons assez diverses.

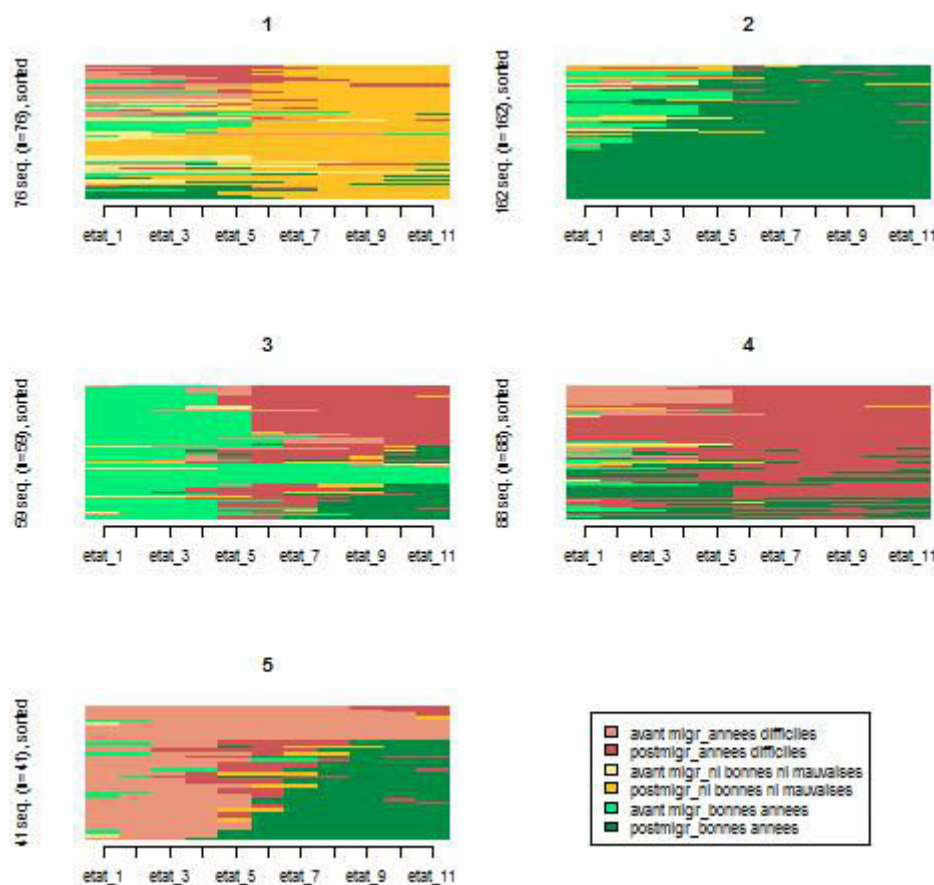
Classe 1 : d'états divers à « ni bonnes ni mauvaises années » (18%)

Cette classe regroupe des personnes principalement venues pour trouver du travail ou tenter leur chance (49%) mais aussi pour en raison de menaces dans leur pays (22%). Arrivées en 2001 en médiane, ces personnes ont pour un tiers été diagnostiquées dans les deux premières années en France et pour un autre tiers entre la troisième et la sixième année en France). Les années qui suivent la migration et le diagnostic sont qualifiées de ni bonnes ni mauvaises.

Classe 3 : du bien-être au mal-être au moment du diagnostic et de l'arrivée en France (14%)

Les personnes de cette classe ont déclaré de bonnes années au pays puis elles ont migré en France : le diagnostic a eu lieu autour de cette arrivée (32% avant, 56% dans les deux premières années en France), et il est marqué par une transition vers des années « difficiles ». Le profil des personnes venues pour raisons médicales (14%) est présent avec une proportion importante de personnes d'un niveau d'étude élevé (44%).

Figure 31. Tapis de séquence des parcours de bien-être autour du diagnostic, selon la classe, groupe Hépatite B



Tapis de séquences triés par multidimensional scaling

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Classe 5 : du mal-être vers le bien-être (10%)

Cette classe est composée de personnes arrivées en 2004 en médianes, comporte 17% de personnes venues pour des raisons médicales. 27% de personnes ont été diagnostiquées avant la migration et 56% dans les premières années en France, et bien que les années précédant le diagnostic et l'année même soient plutôt des années difficiles, une transition positive vers le bien-être est visible dans cette classe.

Synthèse de l'analyse de séquences sur les trajectoires de bien-être, groupe Hépatite B

Si la classe la plus fréquente est celle des personnes toujours en bien-être en France, plusieurs classes (4 et 6) sont caractérisées par une transition vers le mal-être. Il est donc possible que le diagnostic puisse entraîner une détérioration du bien-être.

Tableau 21. Caractéristiques sociodémographiques des personnes selon la classe, trajectoires de bien-être - groupe Hépatite B

	Classe 2 Les installés, bien-être 38% (162)	Classe 4 Diagnostic dans période de mal-être 21% (88)	Classe 1 Vers ni bien ni mal en France 18% (76)	Classe 3 Du bien-être au mal-être 14% (59)	Classe 5 Du mal- être au bien-être 10% (41)	p
Caractéristiques sociodémographiques de l'individu						
Sexe						
% hommes	64	72	76	61	73	NS
% femmes	36	28	24	39	27	
Niveau d'étude à l'enquête						
Aucun, primaire	26	30	32	12	27	NS
Secondaire	43	44	45	44	41	
Supérieur	31	26	24	44	32	
Année d'arrivée						
Médiane (IIQ)	1997 (1988;2001)	1999 (1990;2001)	2001 (1999;2005)	2003 (2001;2006)	2004 (2001;2007)	
Âge à l'arrivée						
Médiane (IIQ)	25 (20;28)	25 (21;31)	28 (24;34)	28 (24;36)	30 (25;36)	
Situation conjugale à l'arrivée						
Seul	62	60	63	54	59	NS
Partenaire France	29	24	24	24	20	
Partenaire à l'étranger	9	16	13	22	22	
Motif de la venue en France						
Tenter chance/travail	35	46	49	36	44	**
Raisons familiales	38	26	14	24	12	
Menacé dans son pays	7	11	22	8	10	
Études	18	14	11	19	17	
Raisons médicales	2	2	4	14	17	
Circonstances du diagnostic						
Année du diagnostic						
Médiane (IIQ)	2004 (2000;2006)	2004 (2002;2006)	2005 (2002;2007)	2003 (2001;2005)	2004 (2001;2006)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration						
Diagnostic avant migration	1	1	9	32	27	**
Diagnostic 1 ^{ère} -2 ^e année France	22	20	33	56	56	
Diagnostic 3 ^e - 6 ^e année France	25	35	34	10	17	
Diagnostic ap 7 ^e année France	52	43	24	2	0	
Occasion du test						
Initiative du patient	30	30	25	31	20	NS
Protocole de dépistage	24	17	14	8	12	
Initiative du médecin	40	47	55	47	66	
Autre	5	6	5	14	2	
Valeurs manquantes	1	1	0	0	0	
Caractéristique de la classe						
Nb moyen de transitions	1,0	1,3	1,5	1,9	2,0	
Durée moyenne dans les états, en nb d'années						
Premigr_années difficiles	0,1	1,0	0,9	0,6	5,2	
Post migr_années difficiles	0,4	7,0	1,0	3,6	1,4	
Premigr_ni bonnes ni mauvaises	0,3	0,2	1,2	0,2	0,0	
Postmigr_ni bonnes ni mauvaises	0,4	0,3	6,2	0,4	0,3	
Premigr_bonnes années	1,1	0,4	0,9	5,0	0,4	
Post migr_bonnes années	8.7	2.2	0.8	1.2	3.7	

p : p-value du test du chi2 entre les classes, ** significatif au seuil de 1%, *significatif au seuil de 5%, NS non significatif

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

d) Comparaison VIH et Hépatite B sur les trajectoires de bien-être et hypothèses

Dans les deux groupes, il semble que pour certaines personnes le diagnostic ait un impact négatif sur les trajectoires individuelles de bien-être. Les facteurs de cet impact négatif sont difficiles à percevoir à ce stade, bien que le fait d'avoir été diagnostiqué avant la migration ou juste après l'arrivée semble être associé au fait de connaître une trajectoire descendante.

L'ensemble des hypothèses qui ont émergé de l'analyse de séquences est récapitulé dans l'Encadré 7.

Encadré 7. Récapitulatif de l'ensemble des hypothèses issues de l'analyse de séquences

Hypothèses pour la suite des analyses

Logement. Il apparaît que les diagnostics VIH ou Hépatite B n'ont pas d'impact en tant que tel sur les trajectoires de logement.

Activité. Les diagnostics VIH ou Hépatite B sont pour une partie des personnes concomitants à un passage à l'inactivité, notamment chez les femmes. Ce passage par l'inactivité semble plus durable dans le groupe VIH que dans le groupe Hépatite B.

Titres de séjour. Le VIH entraîne souvent l'obtention d'un titre de séjour pour soins, contrairement à ce qui se passe dans le groupe Hépatite B où cette obtention est minoritaire.

L'obtention du titre de séjour pour soins pourrait ralentir l'accès à la carte de séjour ou à la nationalité française

Couple. À la suite de ces analyses, l'hypothèse de la rupture conjugale au moment du diagnostic VIH paraît fondée, bien que paraissant une situation minoritaire qui mériterait d'être explorée de manière plus approfondie.

Bien-être. L'hypothèse de la détérioration du bien-être suite au diagnostic semble confirmée, toutefois à ce stade de l'analyse il est impossible de distinguer l'impact respectif de la migration et du diagnostic sur le bien-être.

4. Synthèse. Impact du diagnostic : des trajectoires minoritaires mais riches d'enseignement

4.1. Quantifier les trajectoires qui sont affectées par le diagnostic

Les trajectoires qui sont clairement marquées par un impact du diagnostic sont des trajectoires minoritaires : en général, le diagnostic (VIH ou hépatite B) semble peu affecter les trajectoires des migrants subsahariens en France, en tout cas au prisme des indicateurs que nous avons choisis : logement, vie conjugale, activité professionnelle, et bien-être déclaré. En particulier, il semble que les personnes déjà installées en France au moment du diagnostic subissent peu de bouleversements de ces indicateurs après ce diagnostic, ce qui vient confirmer à une large échelle les résultats d'études qualitatives antérieures (Desgrées du Loû et al. 2012). Cependant, nous avons vu que le diagnostic a un impact positif sur l'accès au titre de séjour pour soins dans le groupe VIH et semble avoir un impact négatif sur l'activité, le couple et le bien-être pour un petit nombre de personnes. Au vu des analyses qui ont précédé, il est intéressant de se demander combien de personnes sont concernées par ces « trajectoires d'impact négatif » relevées dans les dimensions d'activité, de couple et de bien-être. Est-ce que ce sont les mêmes personnes qui « cumulent » ces impacts négatifs ? Ou, pour le dire autrement, y a-t-il un groupe de personnes pour lesquelles le diagnostic entraîne une situation particulièrement difficile ?

La Figure 32 rappelle les proportions que représentent, pour chacune des dimensions évoquées ci-dessus (activité, couple, bien-être), les classes pour lesquelles le diagnostic VIH semble marquer une rupture nette. Au vu des chiffres, il est clair que ces trajectoires sont minoritaires. Cependant, il est encore plus significatif de noter le très faible nombre de personnes qui connaissent un impact négatif dans les trois dimensions (0.3%, n=2). Pour le groupe Hépatite B, suite à l'analyse, seules deux dimensions paraissaient impactées par le diagnostic : l'activité et le bien-être. Là encore cependant, le nombre de personnes qui connaissent un impact négatif simultanément dans les deux dimensions est très faible (3.5%, n=15, cf. Figure 33).

Ainsi, que ce soit pour le diagnostic VIH ou Hépatite B, il n'y a pas un groupe particulièrement « impacté » mais bien des impacts relativement peu fréquents, et différents selon les personnes. Globalement les trajectoires des migrants paraissent déterminées par d'autres mécanismes, ce qui rejoint les conclusions provisoires du chapitre 2.

Figure 32. Proportion de trajectoires pour lesquelles le diagnostic VIH a un impact négatif selon l'indicateur et sur l'ensemble des dimensions

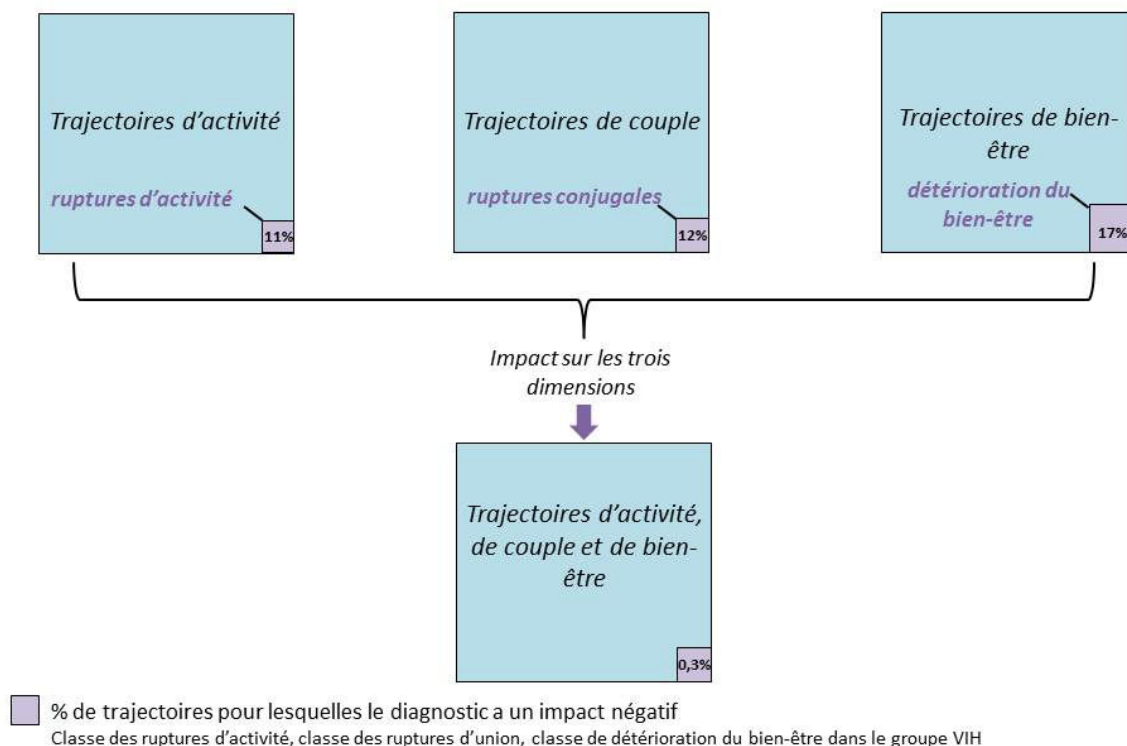
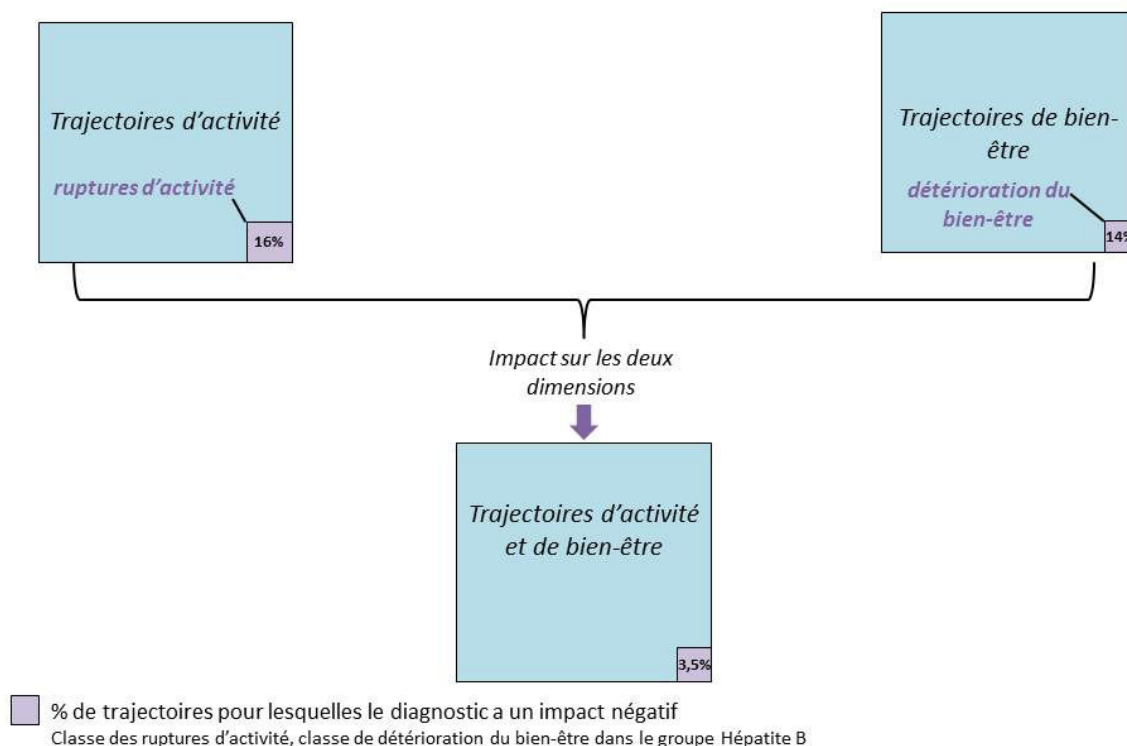


Figure 33. Proportion de trajectoires pour lesquelles le diagnostic d'hépatite B a un impact négatif selon l'indicateur et sur l'ensemble des dimensions



Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

4.2. Illustrations par des histoires de vie possiblement affectées par le diagnostic

4.2.1. « Lire les grilles biographiques »

Nous avons jusqu'ici essentiellement utilisé un traitement statistique des grilles biographiques recueillies dans l'enquête *Parcours*. Celles-ci peuvent aussi, au niveau individuel, se lire comme des « histoires de vie » (Lelièvre et Vivier 2001). Cette lecture qualitative a pour intérêt de donner à voir comment se déroule la séquence des événements dans la vie des gens. Ainsi, dans l'analyse biographique, pour illustrer une classe de trajectoires, il est possible de donner l'exemple d'une séquence en particulier. Bien souvent cependant, ce sont les trajectoires modales ou parangons¹⁴ qui sont utilisés pour illustrer une classe en particulier (Aassve, Billari, et Piccareta 2007; Wiggins et al. 2007). Ces trajectoires majoritaires constituent un « idéal type » et sont utilisées pour appuyer une démonstration. Bien qu'il s'agisse effectivement d'un moyen parlant de caractériser une classe, il est parfois difficile de ne pas donner dans la caricature (Levi et Christin 1989), risque souvent neutralisé par le fait de présenter plusieurs trajectoires parangons pour rendre compte de l'hétérogénéité des classes (Robette 2011).

Toutefois, l'étude des trajectoires minoritaires est aussi riche d'enseignements. Le sociologue Bernard Lahire propose en effet d'étudier des trajectoires minoritaires (dans son cas, des trajectoires scolaires atypiques de « réussite » scolaire en milieu populaire et de « catastrophe » scolaire en milieu bourgeois) pour identifier les éléments qui font basculer ces trajectoires et qui les rendent atypiques par rapport aux autres. En effet, en creux, les trajectoires minoritaires nous renseignent sur les tendances générales (Lahire 1995). Nous proposons d'appliquer le même principe ici et de nous intéresser plus en détail aux trajectoires dans lesquelles le diagnostic a eu un impact négatif, dont nous avons vu qu'elles étaient très minoritaires.

Il n'est bien entendu pas possible ici de développer une analyse sociologique complète à partir de ces trajectoires minoritaires, pour lesquelles nous n'avons que des informations sur l'enchaînement de séquences, et quelques commentaires qualitatifs notés par l'enquêteur. Notre objectif est, à titre expérimental, de proposer une application de la méthode sociologique « des portraits » en recourant à la lecture qualitative des grilles pour reconstituer

¹⁴ La trajectoire modale est une trajectoire reconstruite à partir des états les plus fréquents dans la classe chaque année ; ce n'est pas une trajectoire observée.

La trajectoire parangon quant à elle est une trajectoire réellement observée, elle est la plus proche du centre de gravité de la classe, autrement dit la moins distante de l'ensemble des autres trajectoires de la classe.

des histoires de vie afin d'illustrer et par là de comprendre comment certaines trajectoires peuvent être affectées par la maladie. Les parcours de vie analysés ont donc été choisis parmi les classes « impactées » par le diagnostic VIH ou Hépatite B ; et plus précisément parce qu'ils nous paraissaient illustrer certains des mécanismes à l'œuvre. Dans la description de ces histoires de vie, on cherche donc à identifier les éléments qui expliquent comment ces trajectoires peuvent être affectées par la maladie, et cela afin de comprendre, en creux, ce qui se passe dans les trajectoires majoritaires qui, elles, sont peu ou pas affectées par le diagnostic.

4.2.2. Des histoires de vies marquées par le diagnostic ?

Histoire de N., femme, née au Mali

N. avait 40 ans au moment de l'enquête. Elle a migré en France en 2002 (à 30 ans) et est diagnostiquée séropositive pour le VIH un an plus tard, à 31 ans.

Jeunesse

N. est née en 1972 au Mali. Elle poursuit ses études jusqu'à ses 17 ans puis elle devient commerçante à son compte. Elle se déplace fréquemment hors du Mali pour son travail et subvient à ses besoins grâce à son activité. Quelques années plus tard en 1994, elle se met en couple avec Malik, avec qui elle a un enfant l'année suivante.

Migration

C'est suite à sa séparation d'avec son partenaire que N. part en France en 2002 pour chercher du travail en laissant son fils au pays. Les deux premières années en France sont pour elle de bonnes années. Elle est hébergée par sa famille en Seine-Saint-Denis, trouve un emploi comme femme de ménage et fait une demande de titre de séjour. Elle rencontre Maiga, elle n'habite pas avec lui mais elle a un enfant cette année-là, cependant elle indique qu'elle ne désirait pas du tout avoir un enfant à ce moment-là.

Diagnostic

Lors du bilan de grossesse, elle est diagnostiquée séropositive pour le VIH. Elle dit qu'à partir du moment où elle a révélé son statut VIH à son partenaire, celui-ci est devenu plus distant. Elle déclare qu'il avait par ailleurs une autre partenaire. Ils se séparent l'année suivante en 2004. Elle obtient un titre de séjour pour soins. En 2005, elle obtient un CDI comme agent d'entretien et en 2008, elle s'installe dans son propre logement. À la question de savoir quels sont ses projets, elle dit vouloir obtenir le regroupement familial pour faire venir son fils.

Histoire de M., femme, née en Côte d'Ivoire.

M. a 40 ans au moment de l'enquête. Elle a migré en France en 2001 (à 29 ans) et est diagnostiquée séropositive pour le VIH en 2002 (à 30 ans).

Jeunesse

M. est née en 1972 en Côte d'Ivoire. Elle poursuit ses études jusqu'en troisième; elle a alors 17 ans. Elle commence alors à travailler en tant que commerçante à son compte, ce qui lui permet de subvenir à ses besoins. En 1998, elle rencontre Blaise avec qui elle se marie. Il part avant elle en France.

Migration

Elle migre en France en 2001 pour rejoindre Blaise qui habite déjà sur place. Dans le cadre du regroupement familial, elle obtient directement une carte de résidente de 10 ans. Elle habite dans son propre logement. Pendant sa première année en France elle n'a pas d'activité et son conjoint la soutient financièrement. En 2002, elle trouve un emploi en CDI comme garde d'enfants.

Diagnostic

En 2002, elle va faire un test de dépistage du VIH «pour savoir». Elle est diagnostiquée séropositive pour le VIH. L'annonce de sa séropositivité est qualifiée de moment marquant par M., qui déclare qu'à partir de ce moment elle traverse une période de deux ans très difficile alors que depuis son arrivée en France, elle vivait de « très bonnes années ». Elle dit que son entourage devient plus distant. Au bout de deux ans, elle indique que la période très difficile a pris fin. Elle se sépare de Blaise quelques années plus tard en 2005 et se met en couple l'année suivante avec Bertrand sans lui faire part de sa séropositivité.

Au jour de l'enquête, elle vit avec ses deux enfants dans les Yvelines et souhaite acheter un appartement.

L'analyse des histoires de vie choisies, si elle apporte certains éclairages sur certains éléments « déclencheurs » de difficultés au moment du diagnostic, révèle surtout l'imbrication des événements de vie autour de l'annonce de la maladie ; l'impact du diagnostic est donc plutôt à comprendre, à ce stade, comme lié au fait que le diagnostic arrive à un moment de concentration d'événements et de difficultés rencontrées par la personne.

Premièrement, l'analyse de l'histoire de N., femme née au Mali, nous en apprend plus sur les circonstances qui pourraient expliquer la rupture d'union après un diagnostic VIH. Dans l'histoire de vie de N., on voit qu'au moment du diagnostic, la formation du couple était non seulement récente (la même année) mais que de surcroît N. n'habitait pas avec son partenaire et lui avait au moins une autre partenaire de son côté (pour voir la manière dont la question était posée, cf. Annexe G). Il s'agissait donc d'une union sans doute pas encore « installée ». Cette relation ne survit pas au diagnostic VIH. On retrouve là un aspect montré par une étude quantitative menée en Côte d'Ivoire et qui a souligné que la rupture d'union après un diagnostic VIH chez des femmes enceintes était liée au type d'union : elle était plus fréquente parmi les couples non cohabitants, ou en cas de polygamie, comme si les femmes, face à la difficulté de combiner vie avec le VIH et vie de couple, rompaient les unions les plus fragiles et celles où elles attendent peu de soutien de la part du conjoint (Desgrées-du-Loû et al. 2009). À l'inverse, il est donc probable que le diagnostic VIH ne conduise pas à des ruptures conjugales lorsque les couples sont installés, formés depuis longtemps et cohabitants.

Deuxièmement, l'histoire de vie de M., femme née en Côte d'Ivoire, illustre le risque d'isolement après l'annonce du VIH. En effet, elle vit très mal l'après-diagnostic. M. indique ne pas savoir si son conjoint avait d'autres partenaires stables en même temps qu'elle, le fait qu'elle ne lui ait pas révélé son statut VIH peut donc être compris comme une suspicion à l'endroit de la fidélité passée de celui-ci. En effet, le diagnostic VIH peut aussi être un moment de remise en question et de doute sur le couple si la personne pense que son conjoint peut être la personne qui l'a contaminée. D'ailleurs, M. se sépare de lui quelques années plus tard. D'autre part, elle indique que son entourage a pris ses distances quand elle a révélé sa séropositivité. Notons également que M. est au moment de l'annonce de sa maladie garde d'enfants, or il a été montré que bien souvent les femmes migrantes qui exercent des emplois dans le secteur du *care* où le contact physique est fréquent craignent beaucoup de révéler leur statut par peur de perdre leur emploi (Gerbier-Aublanc, Gosselin, et the Parcours Study Group 2016, cf. Annexe I). En fin de compte, il semble bien que des représentations négatives liées au VIH exprimées par l'entourage soient en partie responsables de la détérioration de bien-

être de M. Ainsi il est possible que dans les trajectoires majoritaires, sur lesquelles le diagnostic n'a pas d'effet sur le bien-être, la réaction compréhensive de l'entourage soit un élément majeur de maintien de la qualité de vie.

Histoire de F., femme, née au Sénégal.

F. a 40 ans au moment de l'enquête. Elle a migré en France en 2001 (à 29 ans), est diagnostiquée séropositive au VIH deux ans plus tard, à 31 ans.

Jeunesse

F est née au Sénégal en 1972. En 1988, elle obtient un BTS secrétariat. Elle se met en couple avec B., avorte deux ans plus tard puis se sépare de lui. En 1995, alors qu'elle a 23 ans, elle devient secrétaire et devient ainsi autonome financièrement.

Migration

En 2001, elle part en France en vacances, où elle a de la famille, puis elle cherche du travail sur place. Les premières années en France sont des années d'instabilité: elle n'a pas de titre de séjour, elle dort à droite et à gauche et n'a que des petits boulots. En 2002, elle trouve un emploi comme caissière en CDI et s'installe dans son propre logement à Paris.

Diagnostic

En 2003, elle va se faire dépister « pour savoir » et apprend qu'elle est porteuse du VIH ; elle dit que le moment de l'annonce a été un moment marquant dans sa vie. Commence alors pour F. une période qu'elle qualifie de très difficile: cette année-là, elle se sépare de son conjoint qu'elle avait rencontré depuis peu, sa situation résidentielle se dégrade, elle est de nouveau obligée de changer fréquemment de logement en dormant chez des amis et membres de la famille successifs, avant de s'installer de nouveau dans son propre logement à Paris. Elle obtient un titre de séjour pour soins. En 2006, trois ans après son diagnostic, elle perd son emploi. Elle touche alors l'allocation de retour à l'emploi et fait des petits boulots pendant deux ans. En 2009, elle est assistante budgétaire en CDD. Depuis 2012, son CDD est terminé et elle est sans occupation. À la question de savoir quels sont ses projets en France, F. répond « retrouver un boulot »

Histoire de G., homme, né en Guinée Conakry.

G. a 47 ans au moment de l'enquête. Il a migré en France en 2005 (à 40 ans) et est diagnostiqué pour une hépatite B chronique la même année.

Jeunesse

G. est né en 1965 en Guinée Conakry. Il poursuit ses études jusqu'en terminale puis devient musicien. À partir de cette année-là commence pour une lui une période qu'il qualifie de « très bonne ». Il a un premier enfant en 1991 alors qu'il a 26 ans. Par la suite, il est amené à beaucoup se déplacer dans d'autres pays pour son travail et en 2001, il enregistre son premier disque qui paraît en Guinée.

Migration et diagnostic

Il part en France avec ses parents en 2005 pour des raisons médicales et découvre qu'il a une hépatite B chronique – c'est un moment de choc. Il obtient un titre de séjour pour soins. En France, il ne connaît personne et pendant deux ans il est hébergé dans un squat puis par des connaissances. Il ne trouve pas de travail. À partir de 2007, il touche l'allocation pour adulte handicapé (AAH) et trouve un logement sur Paris. En 2011, alors qu'il a 46 ans, il devient agent de propreté et est hébergé dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) à Paris.

Depuis 2011, il déclare vivre une bonne période et ses projets sont de trouver un financeur pour la réalisation d'un nouveau CD et de voir sa famille réunie en France.

Toutefois, au-delà des deux éléments « déclencheurs » que nous avons relevés sur le couple et le bien-être (unions « non installées » et représentations négatives autour du VIH dans l'entourage), force est de constater que, bien que sélectionnées parmi les trajectoires appartenant à des classes qui semblaient impactées par le diagnostic, bien souvent ces histoires de vie illustrent plutôt une intrication de plusieurs événements et dimensions au moment du diagnostic. L'histoire de F. est à ce titre emblématique : le moment du diagnostic est aussi un moment de difficultés conjugales et résidentielles ; la perte d'emploi dans ce cas précis se situe dans un moment d'enchaînement de difficultés et il est difficile de l'attribuer au seul diagnostic. Dans d'autres histoires de vie, il paraît même évident que c'est la migration qui constitue un bouleversement majeur et non le diagnostic. Que ce soit dans l'histoire de G., musicien devenu agent de sécurité suite à une période d'inactivité, ou de K., professeur des écoles se retrouvant « sans-papiers » en centre de rétention à Paris, on voit que le diagnostic se situe dans une période de grande instabilité dans la vie des personnes, instabilité liée aux effets de la migration elle-même. Pour K., le passage par un centre de rétention est signalé par l'enquête comme un « moment marquant » alors que le diagnostic d'hépatite B, lui, ne l'est pas.

Dans les cas respectifs de G. et de K., la perte d'emploi et la détérioration du bien-être sont donc bien plus à relier aux effets délétères de la migration et de l'installation en France auxquels s'est ajouté le diagnostic lui-même.

Ainsi ces histoires de vie, au-delà du fait qu'elles donnent un aperçu de la diversité des parcours des personnes, permettent d'illustrer des trajectoires atypiques et d'éclairer en creux les trajectoires majoritaires, notamment sur les circonstances qui peuvent entourer la rupture d'union et la détérioration de bien-être suite au diagnostic VIH.

Toutefois, il est parfois impossible dans ces histoires de vie de distinguer ce qui relève de l'impact de la migration et du diagnostic, deux événements qui bien souvent arrivent la même année. Comme l'analyse de séquence, la lecture qualitative des grilles ne permet donc pas toujours de dégager des causalités lorsque les événements sont trop proches dans le temps.

Histoire de K., homme, né au Sénégal.

K. a 45 ans au moment de l'enquête, il a migré en 2001 (à 33 ans) et a été diagnostiqué porteur d'une hépatite B chronique la même année.

Jeunesse

K. est né en 1968 au Sénégal. À la mort de son père en 1971, il est placé chez ses cousins et décrit cette période comme très difficile. Il poursuit ses études jusqu'au baccalauréat et en 1992 il obtient une bourse d'études. En 1995, il devient professeur des écoles au Sénégal et rencontre Marie. La

période qui suit est qualifiée de « bonne période».

Migration et diagnostic

En 2000, il se sépare de Marie et décide de partir en France pour tenter sa chance. Sa famille l'héberge à son arrivée, cette même année cependant il est contrôlé par la police alors qu'il n'a pas de titre de séjour et passe six mois « en prison », probablement un centre de rétention. Toujours cette même année, il est diagnostiqué comme ayant une hépatite B chronique. S'ensuit une période qualifiée de très difficile. En 2002, il trouve un emploi comme agent de sécurité et une année plus tard il s'installe dans son propre logement.

Il est régularisé en 2007, il signale cet événement comme un « moment marquant » et déclare vivre de bonnes années depuis. Il reprend en 2010 une formation BTS en management des unités commerciales mais qui ne lui a pas permis de retrouver un travail. En 2011, il a obtenu une carte de résident et a pour projet de devenir gérant d'une station-service.

Conclusion

Au-delà des régularités, l'analyse de trajectoires permet d'identifier des parcours atypiques ; dans ce cas précis, si pour la grande majorité des migrants, le diagnostic VIH ou Hépatite B ne semble pas constituer une rupture biographique, il n'en reste pas moins que pour un petit nombre de personnes, le moment du diagnostic peut être associé à des ruptures d'activité, des ruptures conjugales et surtout à une détérioration du bien-être (pour le récapitulatif de l'ensemble des hypothèses, cf. Encadré 7). Cependant, ce qui semble être de la causalité dans l'analyse par typologie n'en est pas forcément : dans bien des cas, il semble que ce soit la migration qui ait un effet majeur et non le diagnostic.

Cette analyse a permis d'observer à quel point les personnes diagnostiquées avant l'arrivée en France constituent un groupe minoritaire et assez différent des autres personnes en termes de niveau d'étude et d'expérience de la maladie ; c'est pour cette raison que dans le chapitre suivant l'analyse va se concentrer sur un groupe plus homogène : celui des personnes diagnostiquées une fois arrivées en France.

Au terme de cette description fine des parcours de vie autour de la migration, la part respective de la migration et du diagnostic est donc la question qui demeure en suspens. De plus, cette analyse nous permet d'élaborer un certain nombre d'hypothèses qui demandent à être vérifiées. En effet, si l'analyse descriptive fine des trajectoires permet d'explorer les données et de produire des hypothèses sur les mécanismes à l'œuvre, il semble bien que pour faire de l'inférence causale, et départager en l'occurrence ce qui vient de la migration ou de la maladie, il faille recourir à des méthodes plus classiques d'analyse biographique qui sont développées dans le chapitre qui suit.

Annexes du chapitre 3

Figure A1. Dendrogramme de la classification – trajectoires de logement groupe VIH

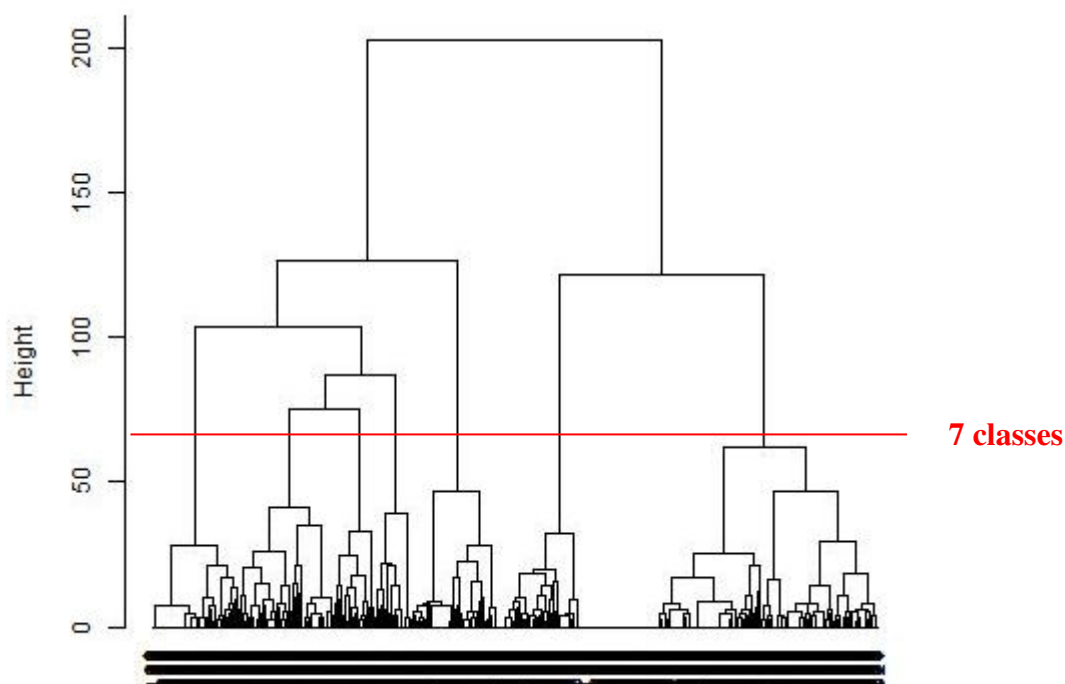


Figure A2. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de logement groupe VIH

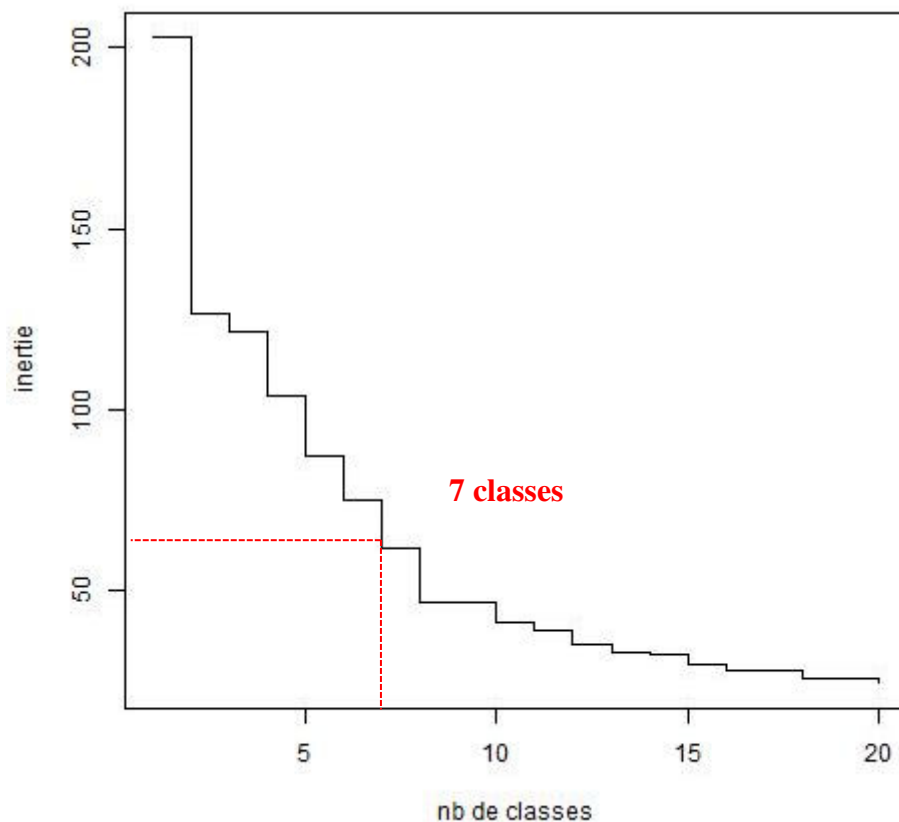


Figure A3. Dendrogramme de la classification–trajectoires de logement groupe Hépatite B

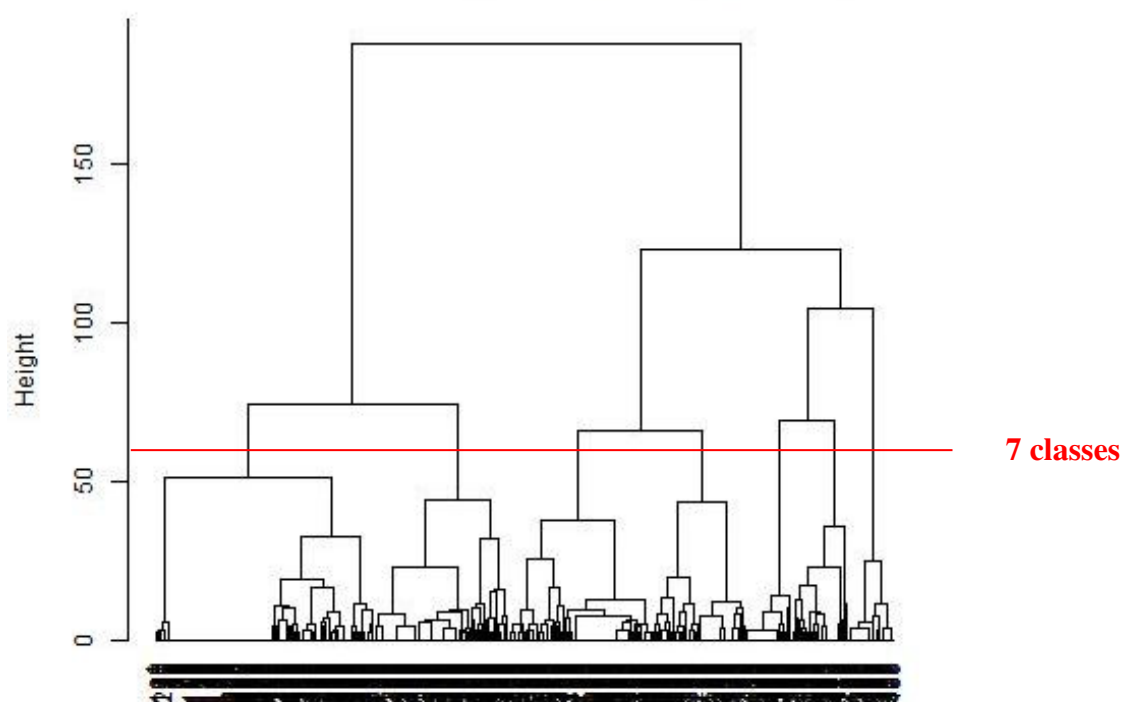


Figure A4. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de logement groupe Hépatite B

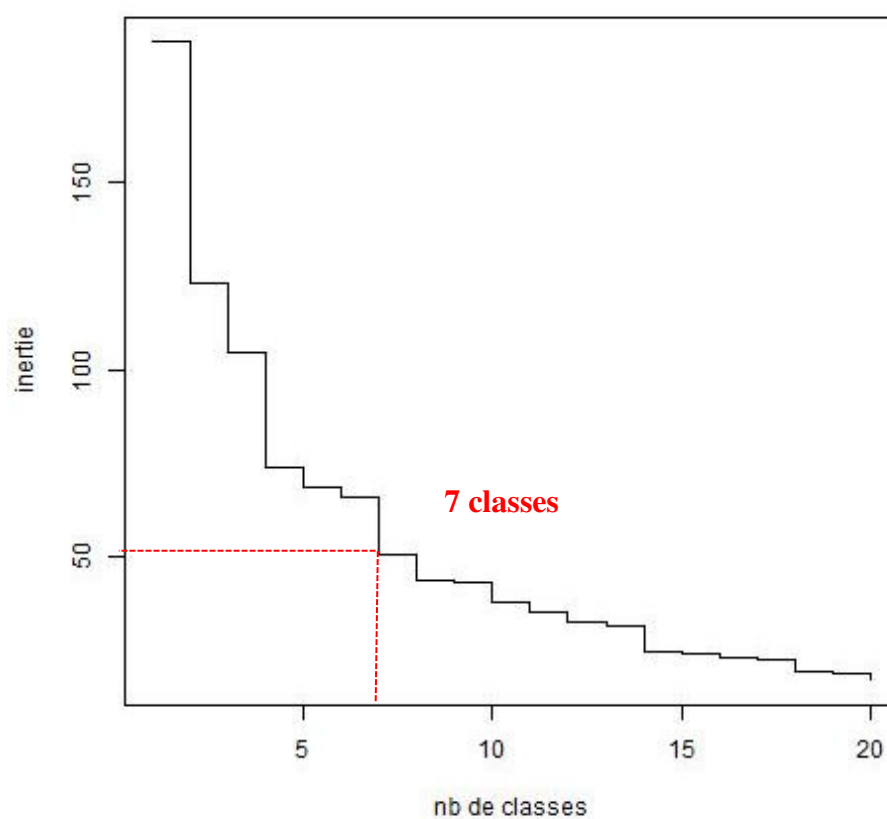


Figure A5. Dendrogramme de la classification – trajectoires d’activité groupe VIH

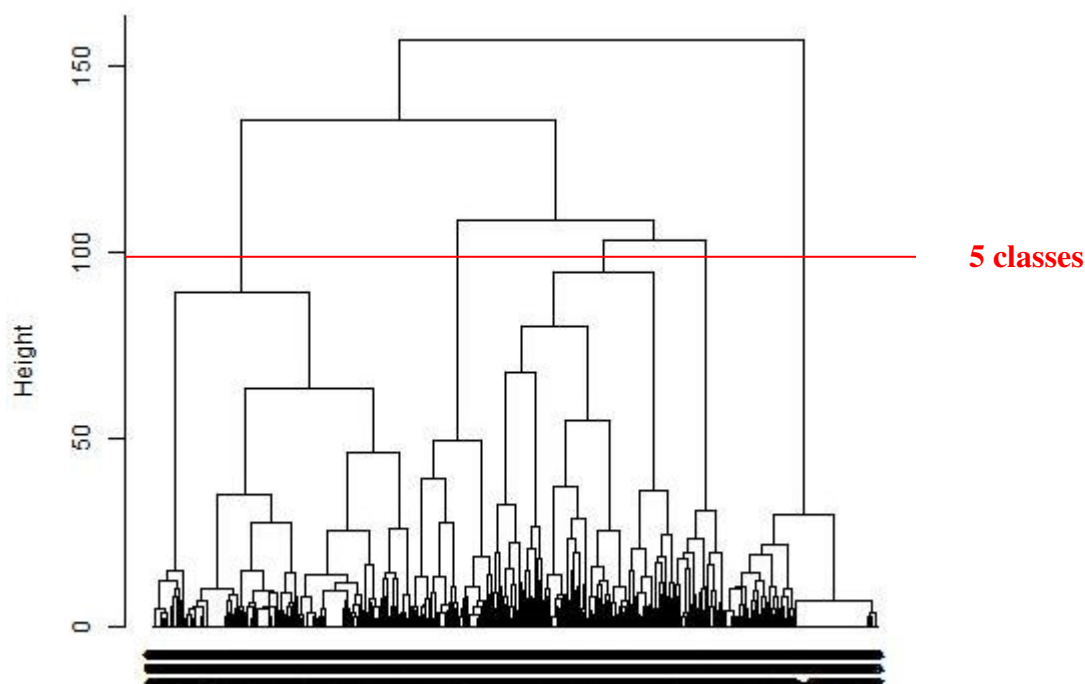


Figure A6. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires d’activité groupe VIH

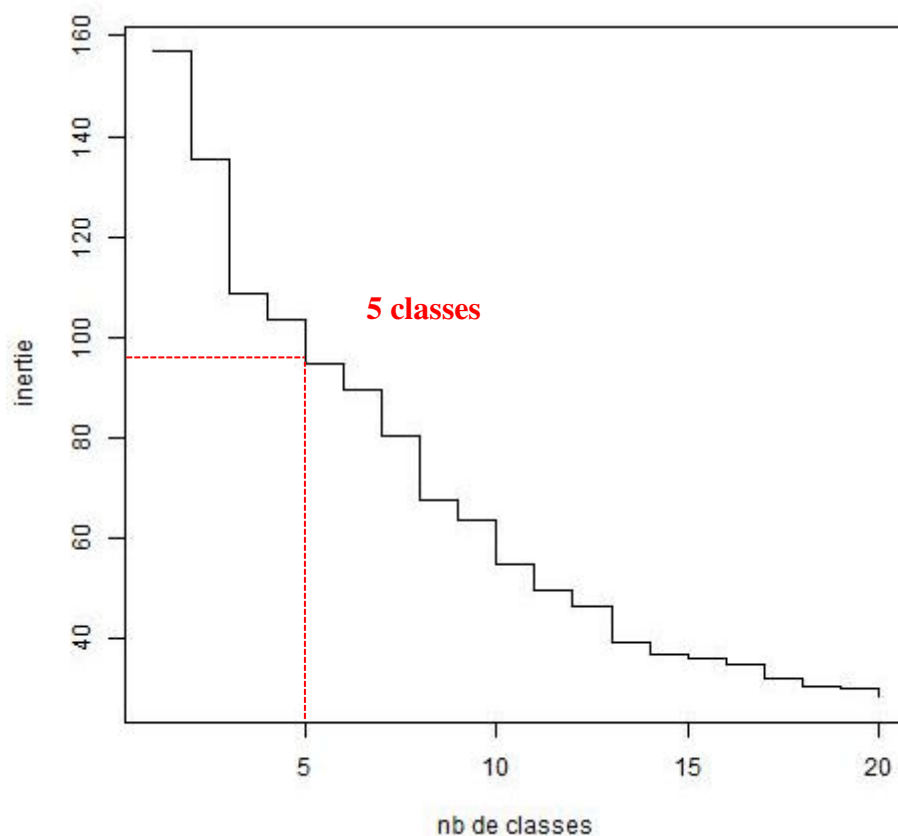


Figure A7. Dendrogramme de la classification – trajectoires d’activité groupe Hépatite B

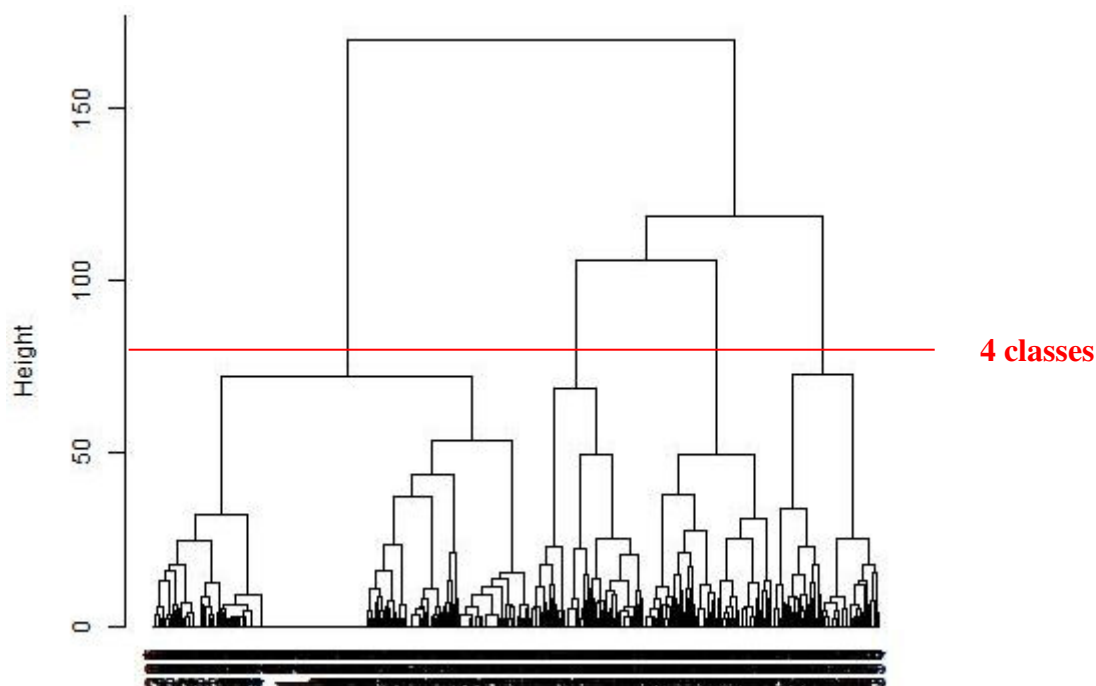


Figure A8. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires d’activité groupe Hépatite B

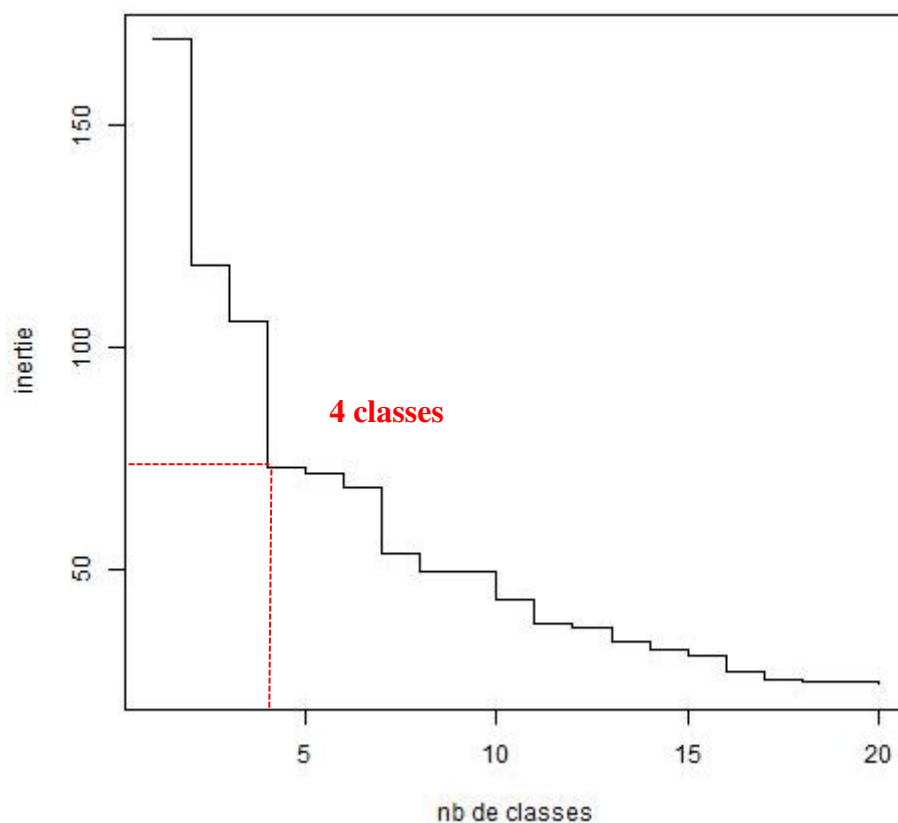


Figure A9. Dendrogramme de la classification – trajectoires administratives groupe VIH

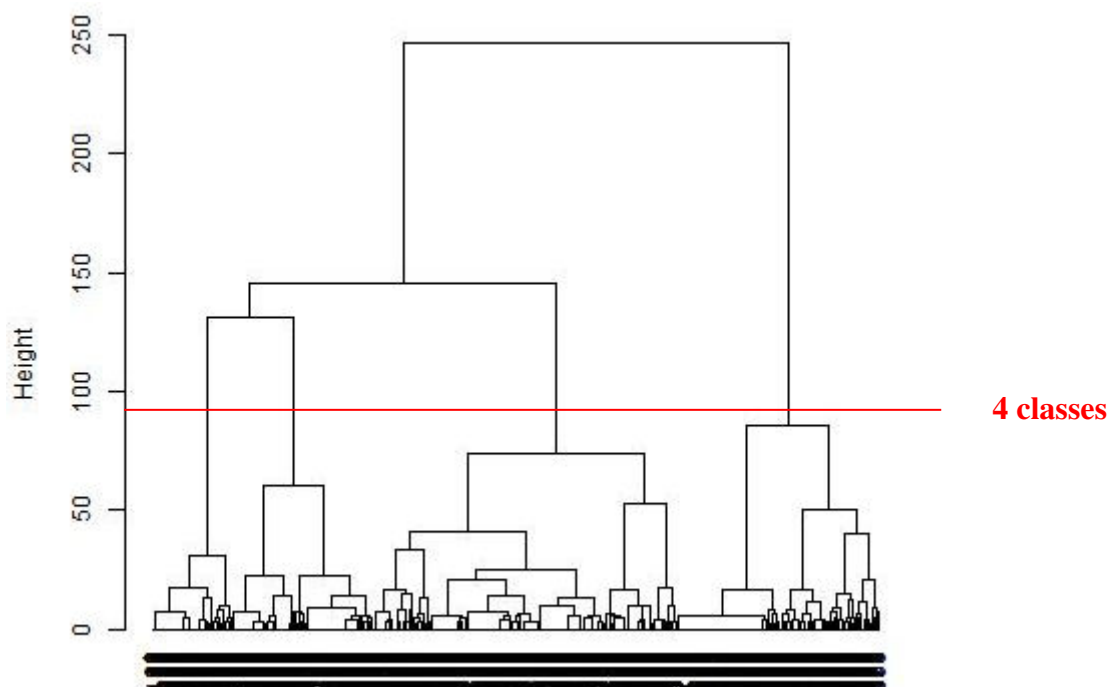


Figure A10. Inertie de la partition selon le nombre de classes – trajectoires administratives groupe VIH

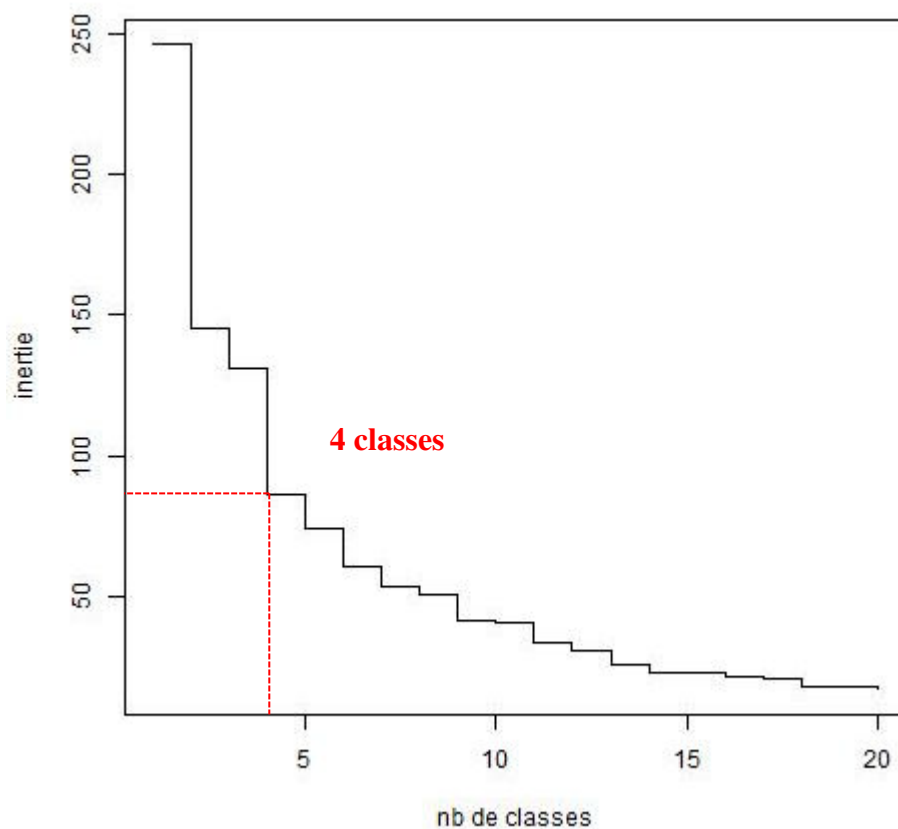


Figure A11. Dendrogramme de la classification – trajectoires administratives groupe Hépatite B

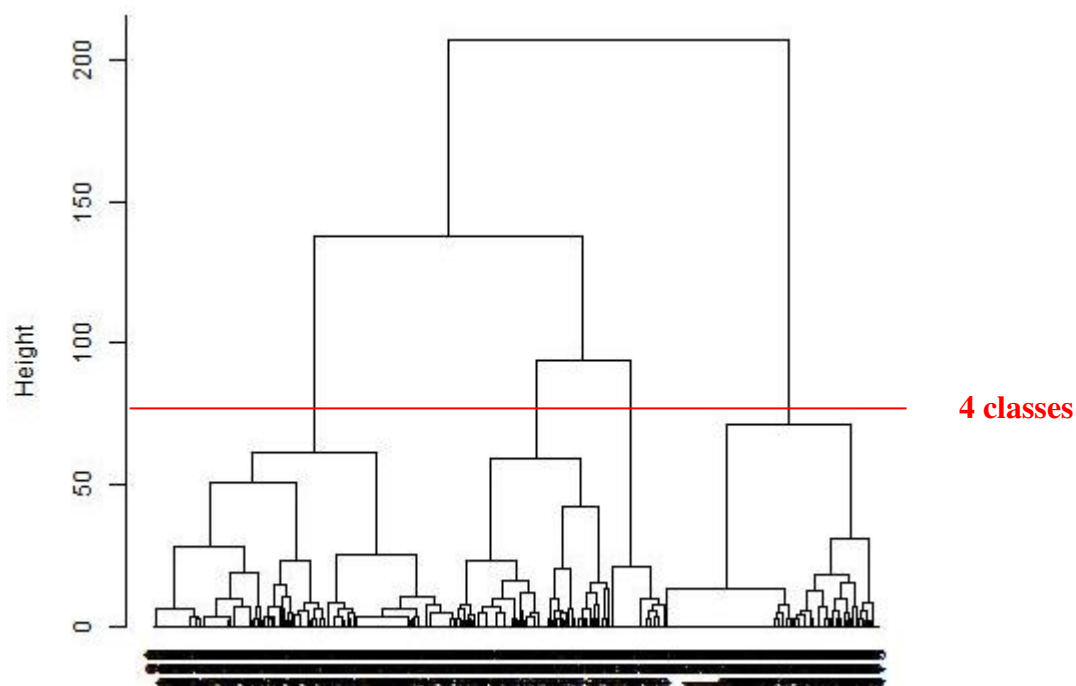


Figure A12. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires administratives groupe Hépatite B

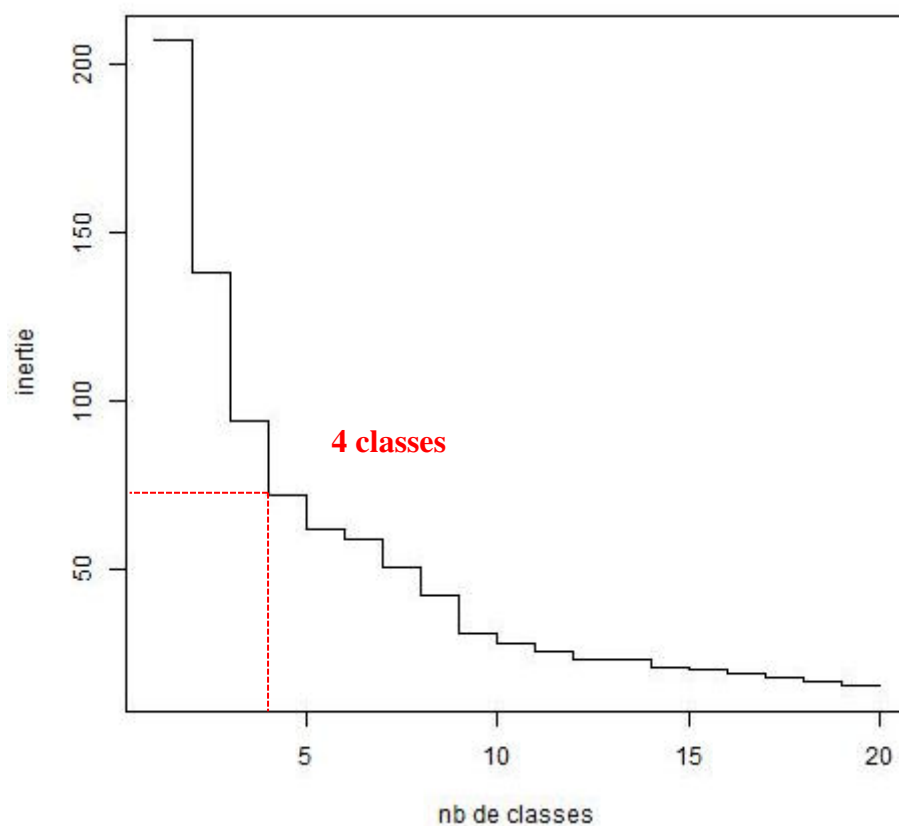


Figure A13. Dendrogramme de la classification – trajectoires de couple groupe VIH

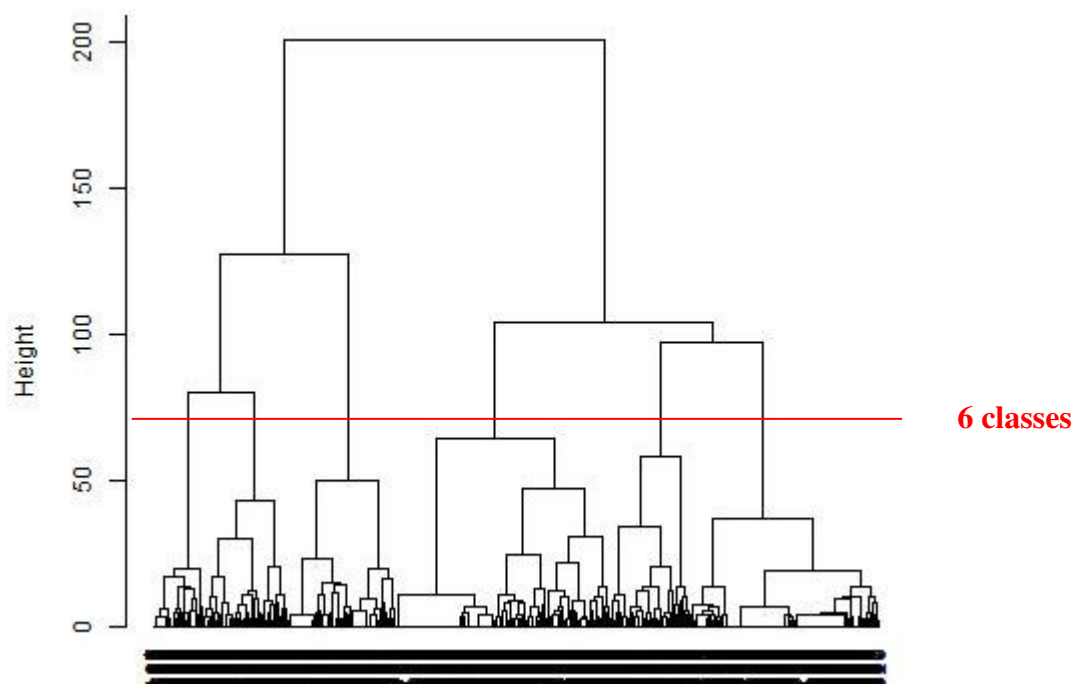


Figure A14. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de couple groupe VIH

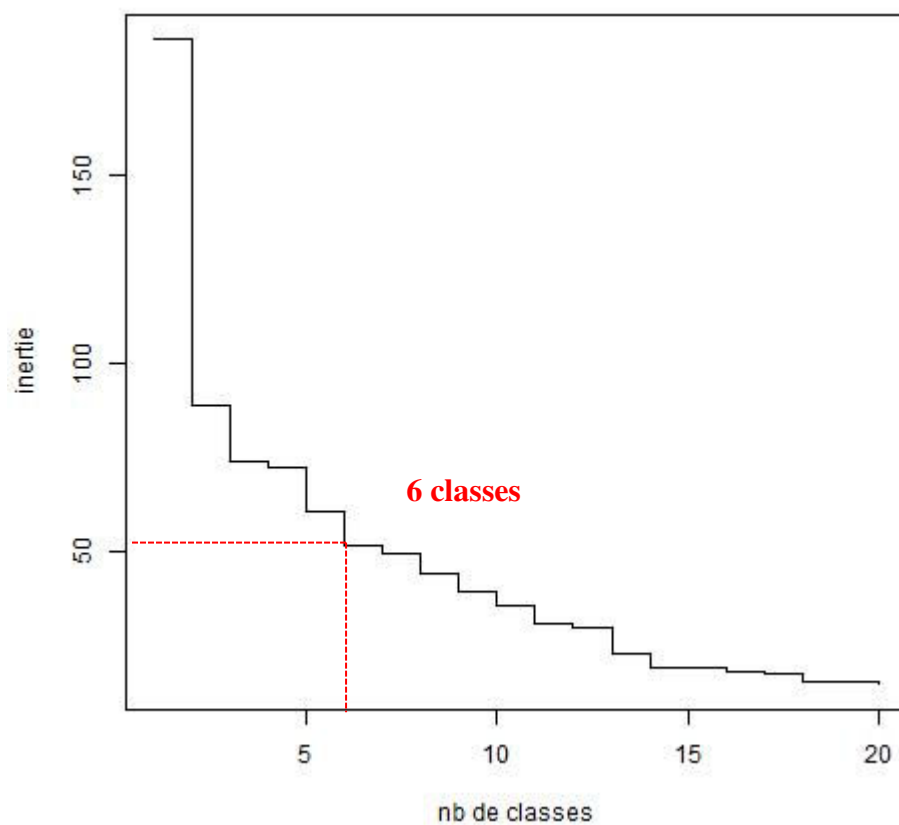


Figure A15. Dendrogramme de la classification – trajectoires de couple groupe Hépatite B

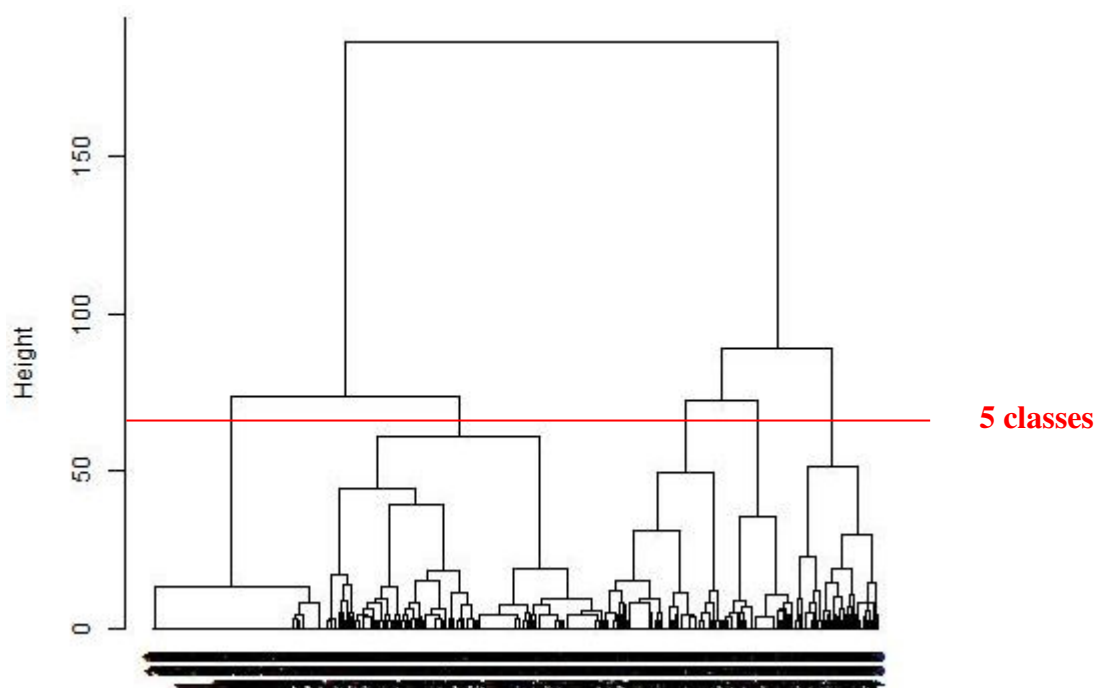


Figure A16. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de couple groupe Hépatite B

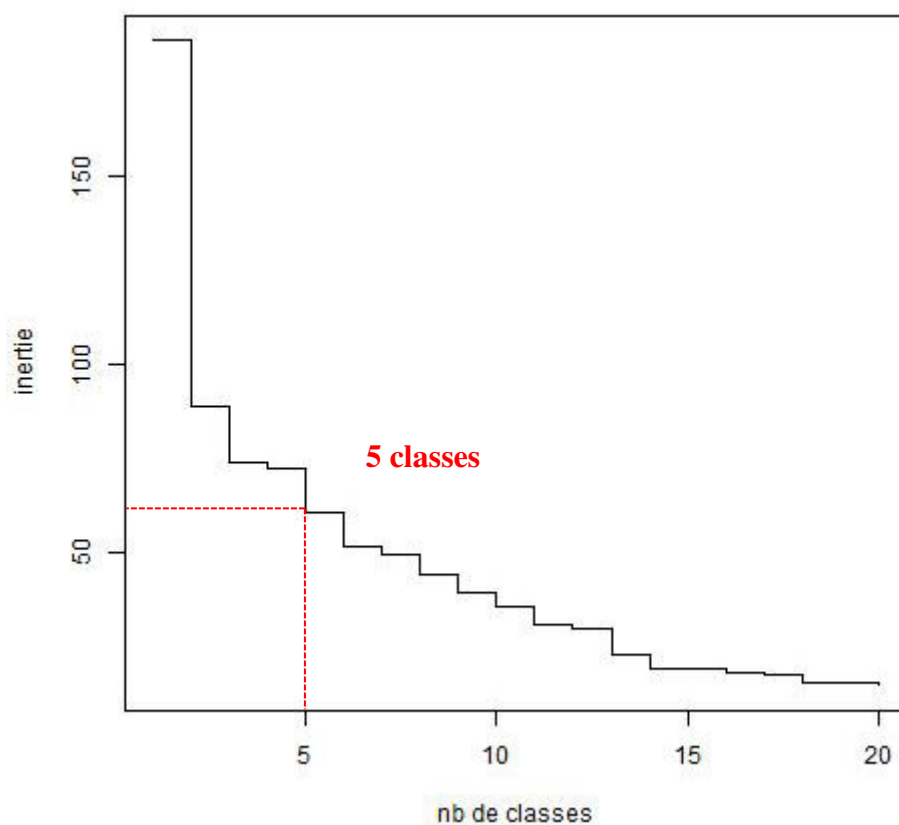


Figure A17. Dendrogramme de la classification – trajectoires de bien-être groupe VIH

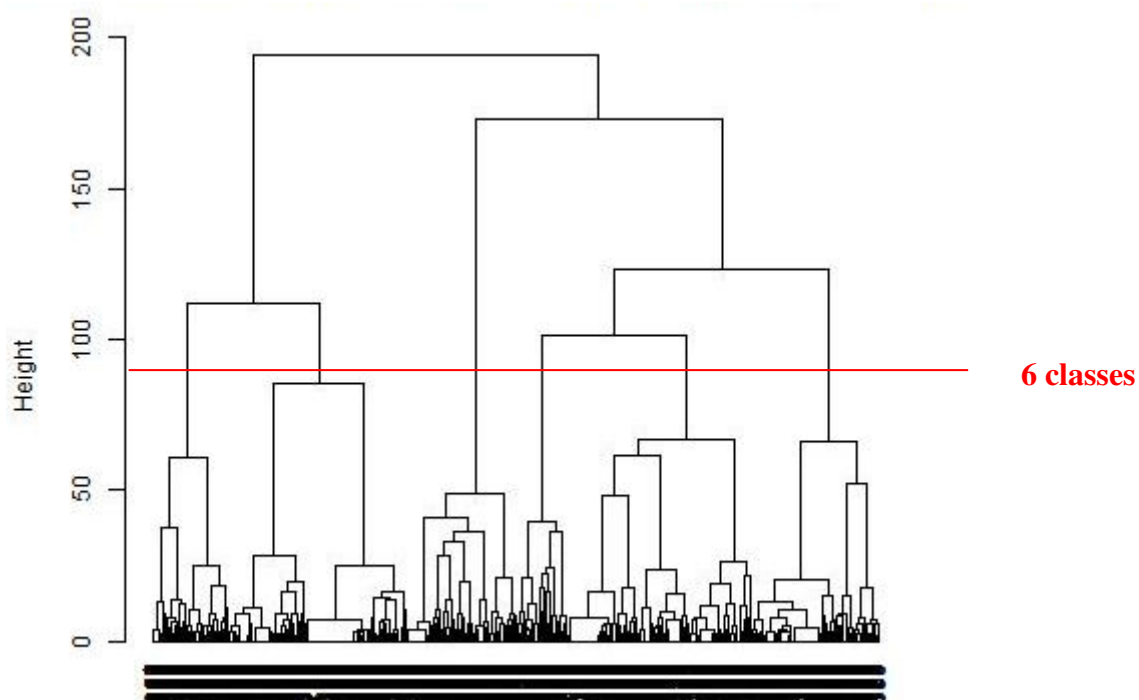


Figure A18. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de bien-être groupe VIH

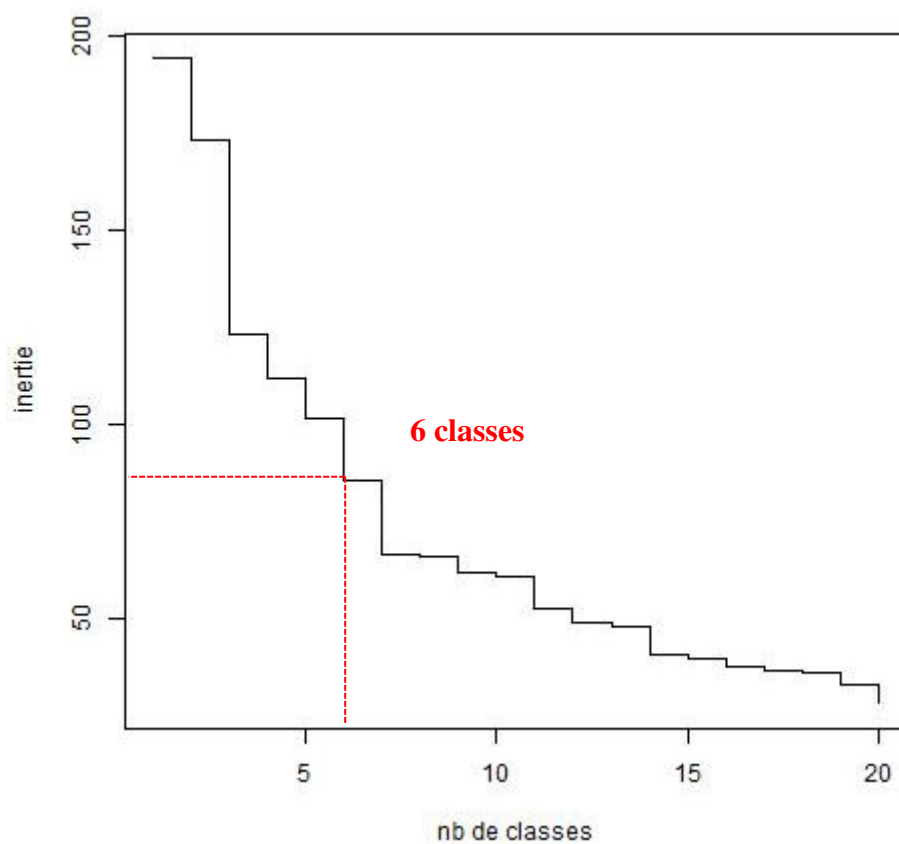


Figure A19. Dendrogramme de la classification – trajectoires de bien-être groupe Hépatite B

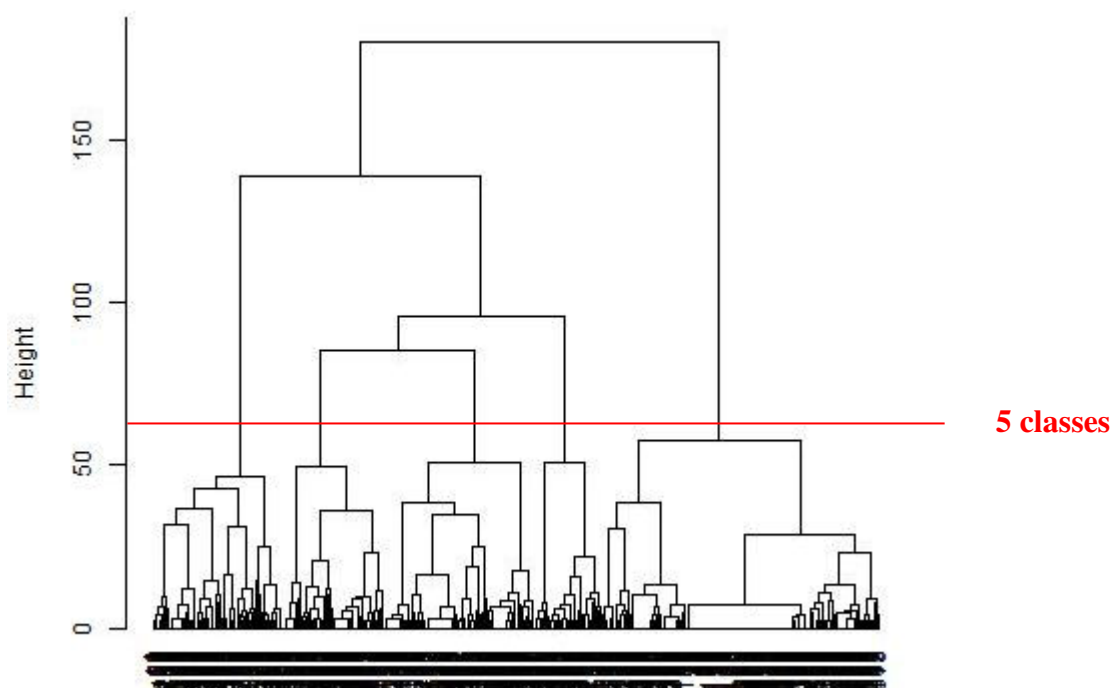
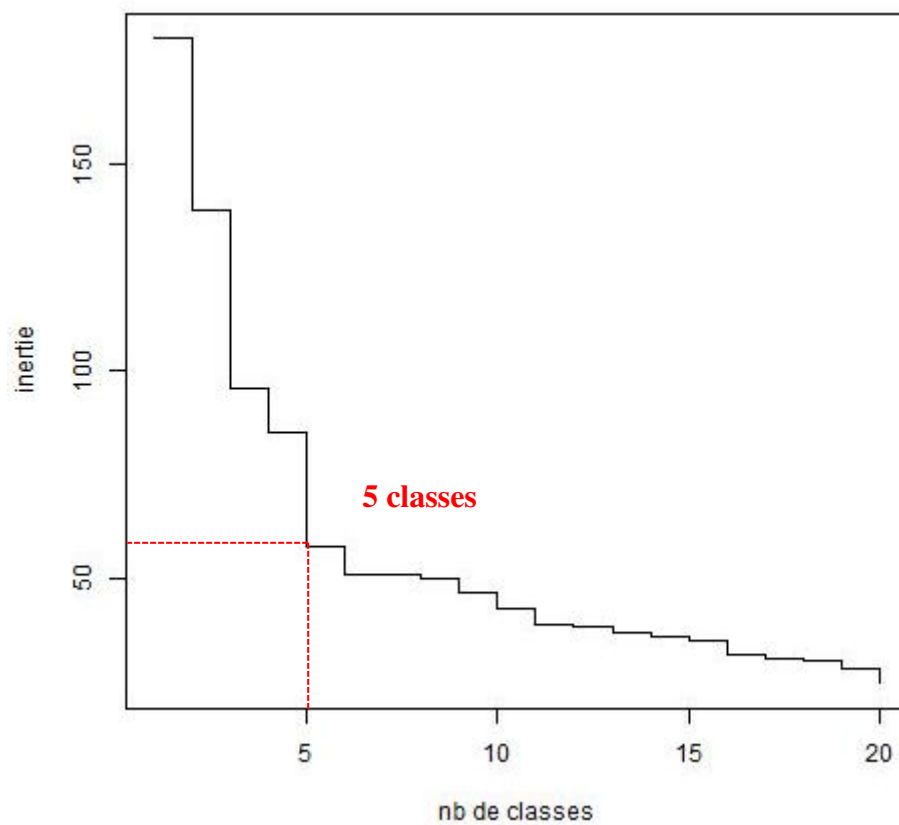


Figure A20. Inertie de la partition selon le nombre de classes– trajectoires de bien-être groupe Hépatite B



A21. Analyse du passage au logement personnel

Pour tester l'hypothèse selon laquelle les femmes hébergées seraient en rupture d'hébergement au moment du diagnostic VIH, nous utilisons un modèle de Cox pour modéliser le risque de connaître la transition vers le logement personnel parmi les personnes hébergées une année avant le diagnostic (N=103). Les résultats du modèle sont présentés dans le tableau 4.

Le seul facteur qui ressort à l'analyse multivariée comme accélérant la transition vers le logement personnel est le fait de se mettre en couple (HR :3,7 [1,8 ;7,6], $p<0,000$). On note un effet négatif du fait d'être arrivée entre 2005 et 2013 (référence : arrivée avant 1996), comme si la transition vers le logement personnel était plus difficile pour les femmes arrivées après 2004, mais le test statistique est à la limite de la significativité (HR : 0,4 [0,1 ;1,2] ; $p<0,094$). En revanche, la variable qui décrit la réaction de l'entourage n'est pas significative. Si les ruptures d'hébergement peuvent exister, elles ne constituent pas en tous les cas une tendance massive, et la transition vers le logement personnel au moment du diagnostic correspond clairement à une mise en couple.

Tableau A21. Facteurs associés au fait de connaître une transition vers le logement personnel parmi les personnes hébergées avant le diagnostic (N=141)
Modèle de Cox, hazard ratios

	HR [IC95%]	p
Niveau d'étude (ref. aucun/primaire)		
<i>Secondaire</i>	0.8 [1.,4, 1.3]	0.300
<i>Supérieur</i>	1,3 [0.7,2.5]	0.461
Période du diagnostic (ref. avant 1996)		
<i>1996-2004</i>	0.8 [0.4, 1.6]	0.527
<i>2005-2013</i>	0.5 [0.2 ; 1.1]	0.085
Âge au diagnostic (ref. avant 30 ans)		
<i>30 ans et plus</i>	1.1 [0.7, 1.8]	0.714
Diagnostic très tardif	1.1 [0.7, 1.7]	0.812
Attitude de l'entourage (ref. rien n'a changé)		
<i>Personne n'est au courant</i>	1.1 [0.6, 2.6]	0.803
<i>Plus proches de vous</i>	1.3 [0.6, 3.0]	0.464
<i>Plus distants</i>	1.8 [0.4, 1.9]	0.619
Mise en relation	3.0 [1.7, 5.2]	<0.000
Grossesse	1.00 [0.5, 2.0]	0.983
Activité génératrice de revenus	0.9 [0.5, 1.5]	0.665

L'IMPACT DU DIAGNOSTIC DANS DES VIES MARQUÉES PAR LA
MIGRATION

Valorisations

- Article dans une revue à comité de lecture

Gosselin Anne, Lelièvre Eva, Ravalihasy Andrainolo, Lydié Nathalie, Lert France, Desgrées du Loû Annabel & the Parcours Study Group “*Times Are Changing*”. *The Impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan Migrants ‘Lives in France’* (soumis)

- Communication orale

“Migration et VIH : une double peine ? Impacts de la migration et du diagnostic sur les conditions de vie des femmes migrantes d’Afrique subsaharienne en France”, *Afraviv* (8^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites), Bruxelles, Belgique, Avril 2016.

- Posters

“Migration and HIV/Aids: a double penalty? Impacts of migration and diagnosis on Sub-Saharan migrant women’ living conditions in France”, 6th *European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health*, Oslo, Norvège, Juin 2016.

“Vivre avec le sida ou l’hépatite B quand on est migrant subsaharien en France : bien-être perçu et difficultés de vie selon le moment de l’arrivée et du diagnostic”, *Afraviv* (7^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites), Montpellier, France, Avril 2014.

« Ici il joue un rôle : pérenniser l'idée que le salut de tout Congolais passe par l'Europe. Là-bas, il se confronte à la réalité, celle qu'il ne dévoilera pas aux jeunes qui errent dans les rues de Pointe-Noire : il vit dans moins de vingt mètres carrés, doit se battre pour légitimer sa présence en France, et se lève le matin pour dénicher un travail dans une agence d'intérim près de la gare du Nord »

Alain Mabanckou, *Lumières de Pointe-Noire*, 2013

1. Introduction

La maladie chronique en général peut être considérée comme une rupture biographique (Bury 1982). En effet, la vie quotidienne des personnes est bouleversée car des arrangements pratiques doivent être mis en place et que la perception de soi-même et les relations avec autrui sont renégociées (Pierret 2007). Les chapitres précédents ont montré que les trajectoires de rupture biographique après le diagnostic VIH ou Hépatite B n'étaient pas les plus fréquentes mais existaient bel et bien. La question reste toutefois posée des impacts respectifs de la migration et du diagnostic. En effet, ces deux phénomènes sont souvent proches dans le temps et l'analyse exploratoire et descriptive du chapitre précédent n'a pas permis de déterminer avec certitude ce qui découlait de l'un ou de l'autre dans les trajectoires des individus. Pour cette raison, le dernier chapitre de cette thèse s'attache, à partir des hypothèses explorées dans le chapitre précédent, à déterminer l'impact du diagnostic VIH ou hépatite B dans des vies déjà marquées par la migration. Cet impact du diagnostic est analysé sous l'angle de possibles ruptures d'activité, ruptures de couple et détériorations de bien-être, ainsi que sous l'angle des effets du diagnostic sur la trajectoire administrative.

D'autre part, la question de la transformation dans le temps de l'épidémie de VIH et de sa perception n'a pas été abordée jusqu'ici. Or, si un diagnostic de VIH pouvait résonner comme une condamnation à mort avant 1996 lorsque les traitements n'existaient pas, il est probable que la situation est bien différente si l'on a été diagnostiqué à l'ère des trithérapies antirétrovirales. Cet effet « période » n'est pas apparu en tant que tel dans l'analyse séquentielle, mais il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une hypothèse à prendre en compte. Le débat sur le fait que le VIH pourrait devenir une « maladie chronique comme une autre » existe et des travaux qualitatifs ont notamment montré le rôle que jouaient la médecine et le corps soignant dans la normalisation de l'expérience du VIH. Jeanine Pierret montre par exemple comment d'une part, la majorité des personnes séropositives avec qui elle s'est entretenue expriment la volonté de « vivre comme avant » et comment d'autre part, l'accès aux traitements dès 1996 rend possible cette continuité (Pierret 2007). Une autre étude menée au Royaume-Uni décrit également ce rôle des pratiques biomédicales qui permettent « la vie normale avec le VIH », de plus en plus souvent assimilé par les patients à d'autres maladies

chroniques comme le cancer (Mazanderani et Papparini 2015). Cependant, ces travaux mettent également en évidence que le VIH reste une maladie associée à des représentations négatives liées à l'incertitude médicale et à la stigmatisation, en particulier en Afrique (Desclaux, Boye, Sow & Ndoeye, 2014). La question de l'amélioration de l'expérience subjective de l'expérience du diagnostic VIH reste donc posée.

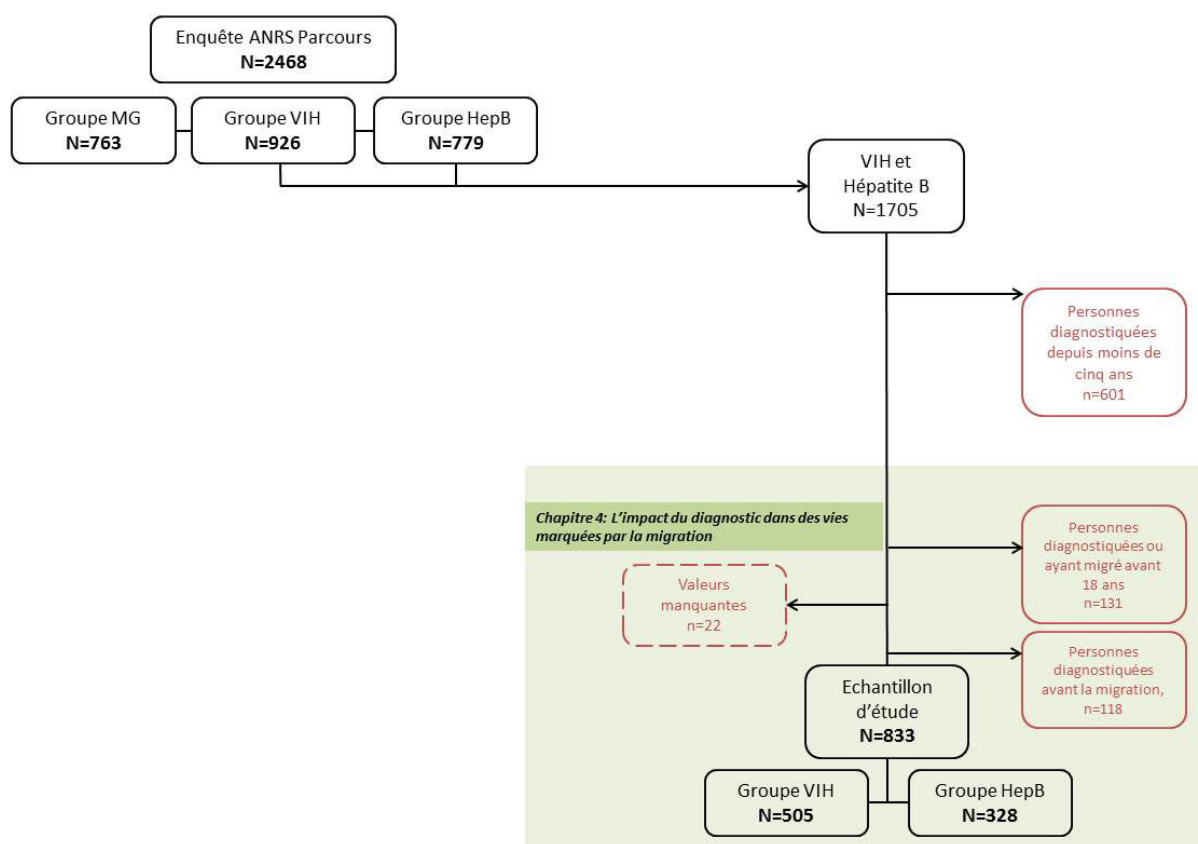
Enfin, la comparaison entre les deux maladies, VIH et hépatite B, reste un objectif de cette thèse. Si l'analyse exploratoire des données laissait déjà entrevoir des différences, l'objet de ce chapitre est bien de déterminer à quel point l'expérience du VIH est singulière ou se rapproche de l'expérience de l'Hépatite B.

2. Population et méthodes

Description de la population d'étude

Comme pour l'analyse précédente, les personnes diagnostiquées depuis moins de cinq ans sont exclues de l'analyse. De plus, pour cette analyse sont exclues les personnes qui ont été diagnostiquées ou qui ont migré dans l'enfance afin d'observer l'impact respectif de ces deux événements parmi des adultes, étant entendu que l'impact d'un diagnostic VIH dans l'enfance peut être différent (Figure 34). Enfin, peu de personnes ont été diagnostiquées avant la migration (cf. chapitre 3, Tableau 10 page 93). Elles sont apparues à l'analyse séquentielle comme une catégorie à part, et il ne semble pas possible d'évaluer dans une même analyse l'impact d'un diagnostic réalisé au pays ou en France ; sachant que l'impact de la migration peut aussi être bien différent selon que l'on se sache ou non malade au moment de migrer. Pour cette raison, sont exclues de l'analyse les personnes diagnostiquées avant la migration. Seules les personnes diagnostiquées en France sont donc prises en compte dans ce chapitre.

Figure 34. Diagramme de la population d'analyse sur l'impact du diagnostic sur les trajectoires



Le Tableau 22 donne la description de la population d'étude pour cette analyse. L'âge médian des migrants à l'enquête était de 40 à 48 ans selon les groupes et leur durée de séjour médiane entre 12 et 15 ans. Alors que le regroupement familial constitue l'un des principaux motifs de venue en France pour les femmes (de 35% à 48%), les hommes sont surtout venus pour « tenter leur chance » (de 48% à 54%). Les proportions de personnes qui au jour de l'enquête sont toujours dans une situation de précarité administrative (c'est-à-dire soit sans titre de séjour soit avec un titre de séjour de moins d'un an) sont assez élevées dans les deux groupes.

Tableau 22. Caractéristiques sociodémographiques, par groupe et par sexe. Groupe VIH et Hépatite B

	Hommes				Femmes			
	VIH (N=185)		HepB (N=238)		VIH (N=320)		HepB (N=90)	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Âge à l'enquête								
Âge médian à l'enquête (IIQ)	48 (42;53)		44 (37;50)		43 (38;48)		40 (36;45)	
Région d'origine								
Afrique de l'Ouest	54	96	78	186	55	170	81	70
Afrique centrale, de l'est et du sud	47	89	22	52	45	150	19	20
Niveau d'étude à l'arrivée en France								
Aucun, primaire	26	50	36	89	27	85	24	21
Secondaire	48	90	35	84	57	183	62	56
Supérieur	26	45	29	65	16	52	14	13
Année médiane d'arrivée en France (IIQ)	1998 (1988;2002)		2000 (1991;2003)		2000 (1996;2002)		2001 (1997;2004)	
Durée médiane de séjour (IIQ)	15 (11;25)		13 (11;22)		13(11;17)		12 (10;16)	
Âge médian d'arrivée en France (IIQ)	28 (25;35)		27 (24;33)		28 (24;33)		26 (23;31)	
Motif de la venue en France								
Travail, tenter sa chance	48	96	54	127	37	123	29	28
Famille	12	18	7	19	35	112	48	43
Menacé dans son pays	19	33	15	35	12	37	7	7
Études	18	30	21	48	9	29	9	7
Raisons médicales	3	8	3	9	7	19	6	5
Période d'arrivée								
Avant 1996	45	84	35	79	24	86	22	20
1996-2004	48	8	53	127	64	195	60	53
2005-2013	7	13	12	32	12	39	18	17
Années médianes du diagnostic VIH et Hépatite B (IIQ)	2003 (1998;2005)		2004 (2002;2006)		2002 (1999;2005)		2003 (2000;2006)	
Âge médian au diagnostic	36 (31;42)		35(29;38)		32 (27;36)		31 (26;36)	
Timing du diagnostic par rapport à la migration								
Diagnostiqué l'année de la migration ou suivante	35	72	33	80	47	165	50	45
Diagnostiqué à partir de la 3e année en France	65	113	67	158	53	155	50	45
Situation administrative à l'enquête								
Précarité administrative	18	6	24	64	10	36	15	13
Titre de séjour court	31	61	33	73	30	109	28	23
Titre de séjour long	51	98	43	101	60	175	67	54
Situation d'activité à l'enquête								
Inactif	23	41	16	39	29	86	30	27
Études	1	3	2	5	4	9	6	5
Activité	76	141	83	194	67	225	64	58
Situation de couple à l'enquête								
En couple	63	118	77	184	60	199	69	62
Situation de bien-être à l'enquête								
Mal-être	30	56	19	45	23	75	24	23
Intermédiaire	25	35	16	45	20	67	17	16
Bien-être	46	94	65	148	57	178	60	51

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B qui n'ont ni migré ni été diagnostiquées à 18 ans et qui sont observées au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiquées après la migration

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Variables d'intérêt

Afin d'évaluer l'impact du diagnostic à la fois sur les conditions matérielles d'existence et sur la vie personnelle et affective, trois indicateurs mesurés chaque année depuis les 18 ans de la personne jusqu'au jour de l'enquête sont pris en compte : le fait d'être en activité, en couple et en situation de bien-être. Être en activité une année donnée signifie avoir un travail (que le travail soit dans le secteur formel ou informel) ou être étudiant; être en couple est défini comme le fait d'être dans une relation qui a duré au moins un an, quels que soient le statut marital ou le lieu de résidence du partenaire. Le bien-être est défini comme englobant les années mentionnées comme de «bonnes années » et celles qui ont été déclarées « ni bonnes ni mauvaises années» (bien-être et intermédiaire). De plus, un quatrième indicateur est mesuré chaque année depuis l'arrivée en France jusqu'au moment de l'enquête qui concerne les trajectoires administratives : sont distingués chaque année le fait d'avoir un titre de séjour long (ici, la carte de résident de 10 ans ou la nationalité française), un titre de séjour court (1 à 3 ans) et le fait d'être en précarité administrative (n'avoir aucun titre de séjour ou un titre de séjour de moins d'un an) .

Afin d'examiner l'impact du diagnostic, sont distinguées dans la vie de chaque individu la période avant le diagnostic, la période juste après le diagnostic (l'année du diagnostic et l'année suivante) et la période à partir de la troisième année suivant le diagnostic. De la même manière, afin d'examiner l'impact de la migration, sont distinguées dans la vie de chaque individu la période avant la migration, la période juste après (année de la migration et l'année suivante) et la période à partir de la troisième année en France.

Comme la littérature existante laisse à penser que l'impact du diagnostic a pu être différent selon notamment qu'il ait eu lieu avant ou après l'introduction des trithérapies antirétrovirales, trois périodes sont considérées dans l'analyse : avant 1996 (l'arrivée des traitements), entre 1996 et 2004 (quand l'accès aux traitements existait en France mais pas en Afrique subsaharienne) et après 2004 (quand la mise à l'échelle des traitements s'est installée en Afrique subsaharienne, bien que d'importants problèmes d'accès demeurent dans ces pays (UNAIDS 2014).

D'autres variables ont également été incluses dans l'analyse comme les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés qui pourraient avoir une influence sur les trajectoires migratoires. La région d'origine est incluse, ainsi que le niveau d'étude en trois classes (aucun ou primaire, secondaire, supérieur) et les motifs de la venue en France (tenter sa chance, rejoindre un membre de la famille, être menacé dans son pays, études, raisons médicales).

L'âge paraît un facteur important qui peut jouer sur l'activité en défaveur des plus jeunes et des plus âgés, mais aussi sur le couple (moins de personnes jeunes en couple) et éventuellement le bien-être ; il est donc inclus en quatre catégories (19-24 ; 25-34 ; 35-44 ; 45-59) ¹⁵. Le fait d'avoir des enfants une année donnée est également inclus puisque cela peut avoir un effet sur l'activité des femmes notamment, mais aussi éventuellement sur l'accès aux titres de séjour, sur le couple, etc.

Analyse statistique

a) Analyse descriptive

Afin de comparer les impacts respectifs de la migration et du diagnostic VIH, les proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être et leur évolution au cours du temps ont été représentées sur des graphiques à temps relatif (cf. Encadré 8 (Brou et al. 2007)).

Encadré 8. La construction des graphes en temps relatif

Le graphe à temps relatif permet d'observer l'évolution de certaines variables au cours du temps dans une population pour qui le temps écoulé entre la migration et le diagnostic diffère.

Pour chaque individu observé, le temps de vie entre 18 ans et le jour de l'enquête en nombre d'années est divisé en trois périodes : i) avant la migration, ii) entre la migration et le diagnostic, iii) après le diagnostic. Chaque période est à son tour divisée en 20 quantiles, ce qui permet donc de calculer le taux d'activité, le taux de personnes en couple et le taux de personnes en situation de bien-être à 5% de la période, à 10%, à 15%... pour chaque individu et pour chacune des trois périodes.

Les graphiques ainsi obtenus permettent de caractériser la distribution des trois indicateurs recueillis pour l'ensemble du parcours des personnes et de la mettre en relation avec ces deux moments de la migration et du diagnostic.

Les courbes sont ensuite lissées avec une méthode de moyennes mobiles pondérées.

Ces courbes permettent de voir comment les proportions varient au cours du temps et quels sont les impacts respectifs du diagnostic et de la migration. Les mêmes graphiques sont réalisés pour le diagnostic d'hépatite B.

Puis, afin d'observer si l'impact du diagnostic VIH change en fonction de la période à laquelle les personnes ont été diagnostiquées, la proportion de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être l'année précédant le diagnostic et l'année suivant le

¹⁵ Les modèles ont aussi été testés sans inclure l'âge en catégories, pour vérifier que la possible colinéarité de cette variable avec le temps t ne biaisait pas les estimations. Les estimations obtenues étant très proches, la variable d'âge a été conservée.

diagnostic sont comparées au moyen d'un test du χ^2 de McNemar (voir Encadré 9) en fonction de la période du diagnostic (avant 1996, 1996-2004, après 2004). La même analyse est réalisée sur le groupe Hépatite B à titre de comparaison.

Encadré 9. Utilisation du χ^2 de McNemar

Afin de comparer des proportions de personnes en activité (par exemple) avant et après le diagnostic, le test de χ^2 doit prendre en compte le fait que les personnes comparées sont les mêmes, observées à deux temps différents. Le test de χ^2 de McNemar permet d'apparier les personnes observées à deux temps différents et d'éviter les biais dans la réalisation du test statistique.

b) Analyse multivariée

Les probabilités de passage à l'inactivité (transition depuis l'activité ou les études vers l'inactivité), de rupture de couple (par décès ou séparation) et de détérioration du bien-être (transition depuis des « bonnes années » ou des années jugées « ni bonnes ni mauvaises » vers des « années difficiles ») ont ensuite été modélisées. Les associations année par année (depuis 18 ans) entre le passage à l'inactivité et la situation par rapport à la migration et au diagnostic sont analysées avec des régressions logistiques à temps discret, par sexe et par groupe d'étude. Les modèles multivariés sont ajustés sur des variables indépendantes du temps (région d'origine, niveau d'étude à l'arrivée en France, motif de la venue en France), et sur des variables dépendantes du temps (la période calendaire en catégories, l'âge en catégories et la naissance d'un enfant une année donnée). Ensuite, les mêmes modèles sont utilisés pour analyser les facteurs associés aux ruptures de couple et à la détérioration du bien-être. Il est à noter que ces modèles sont à effets répétés, c'est-à-dire qu'ils prennent en compte le fait qu'un même individu puisse connaître plusieurs fois ces transitions au cours de la période d'observation.

La probabilité d'accéder à un titre de séjour court (c'est-à-dire d'obtenir un titre de séjour d'un à trois ans lorsqu'on n'avait soit aucun titre soit un titre de moins d'un an) est ensuite modélisée année par année, par sexe et par groupe d'étude. Afin de vérifier si le fait d'être diagnostiqué VIH favorise statistiquement l'obtention d'un titre de séjour court et de comparer la situation entre les groupes VIH et Hépatite B, la régression qui modélise l'accès au titre de séjour court est construite différemment afin de comparer explicitement les deux groupes. Ainsi, les deux groupes sont inclus dans le même modèle, afin de mesurer l'effet d'une pathologie spécifique toutes choses égales par ailleurs. Sont incluses dans ce modèle de régression logistique à temps discret des variables indépendantes du temps (groupe d'étude

VIH ou Hépatite B, région d'origine, niveau d'étude à l'arrivée en France, motif de venue en France, mais aussi avoir obtenu un titre de séjour pour raisons de soins au cours de sa vie en France) et par des variables dépendantes du temps (situation par rapport au diagnostic, période en catégories, âge en catégories, naissance d'un enfant). Ce modèle est lui aussi à effets répétés.

Enfin, un modèle de régression logistique à temps discret est utilisé pour analyser les facteurs associés à l'accès à un titre de séjour long (lorsque l'individu n'avait aucun papier ou un titre de séjour plus court) depuis l'arrivée en France jusqu'à l'enquête, par sexe et par groupe d'étude. Sont incluses dans ce modèle des variables indépendantes du temps (région d'origine, niveau d'étude à l'arrivée en France, motif de la venue en France, avoir obtenu un titre de séjour pour soins) et des variables dépendantes du temps (situation par rapport au diagnostic, période en catégories, âge en catégories, naissance d'un enfant). Dans ce dernier modèle, est seulement considéré le premier accès au titre de séjour long, car la plupart des personnes ne connaissent cet événement qu'une seule fois.

Pour toutes les analyses menées dans ce chapitre, les données ont été pondérées. Les analyses ont été réalisées avec Stata 12© (StataCorp 2011).

3. Résultats

Impact du diagnostic VIH et Hépatite B sur l'activité, le couple et le bien-être

La migration entraîne une baisse importante de la proportion d'hommes du groupe VIH en couple (Figure 35). En revanche, l'activité baisse légèrement, mais remonte rapidement et reste à un niveau élevé ; le bien-être ne semble pas affecté. En revanche, le diagnostic VIH lui-même semble provoquer une très légère baisse de l'activité et de la vie en couple, mais vite rattrapée par la suite ; l'impact majeur du diagnostic VIH semble bien se situer dans une détérioration importante du bien-être qui chute fortement.

Chez les hommes du groupe Hépatite B, on observe les mêmes changements au moment de la migration (Figure 36), ce sont les mêmes que l'on peut observer du reste dans le groupe Médecine Générale (cf. Figure A1 en annexe de ce chapitre) : le moment de la migration est aussi un moment de baisse de la proportion d'hommes en couple, et l'activité et le bien-être ne sont pas modifiées à ce moment ; la proportion de personnes en situation de bien-être a même tendance à augmenter progressivement après la migration. Le diagnostic d'hépatite B paraît provoquer aussi une chute du bien-être chez les hommes, mais dans une bien moindre mesure que le diagnostic VIH.

Chez les femmes du groupe VIH, la migration provoque à la fois une baisse de la proportion de personnes en couple et en activité ; le bien-être lui augmente progressivement après la migration. Une baisse importante de la proportion de femmes en couple dans les années précédant le diagnostic VIH est observée. Le diagnostic VIH quant à lui, ne semble pas du tout affecter l'activité et la vie en couple chez les femmes, en revanche il est un moment de chute importante de la proportion de personnes en situation de bien-être.

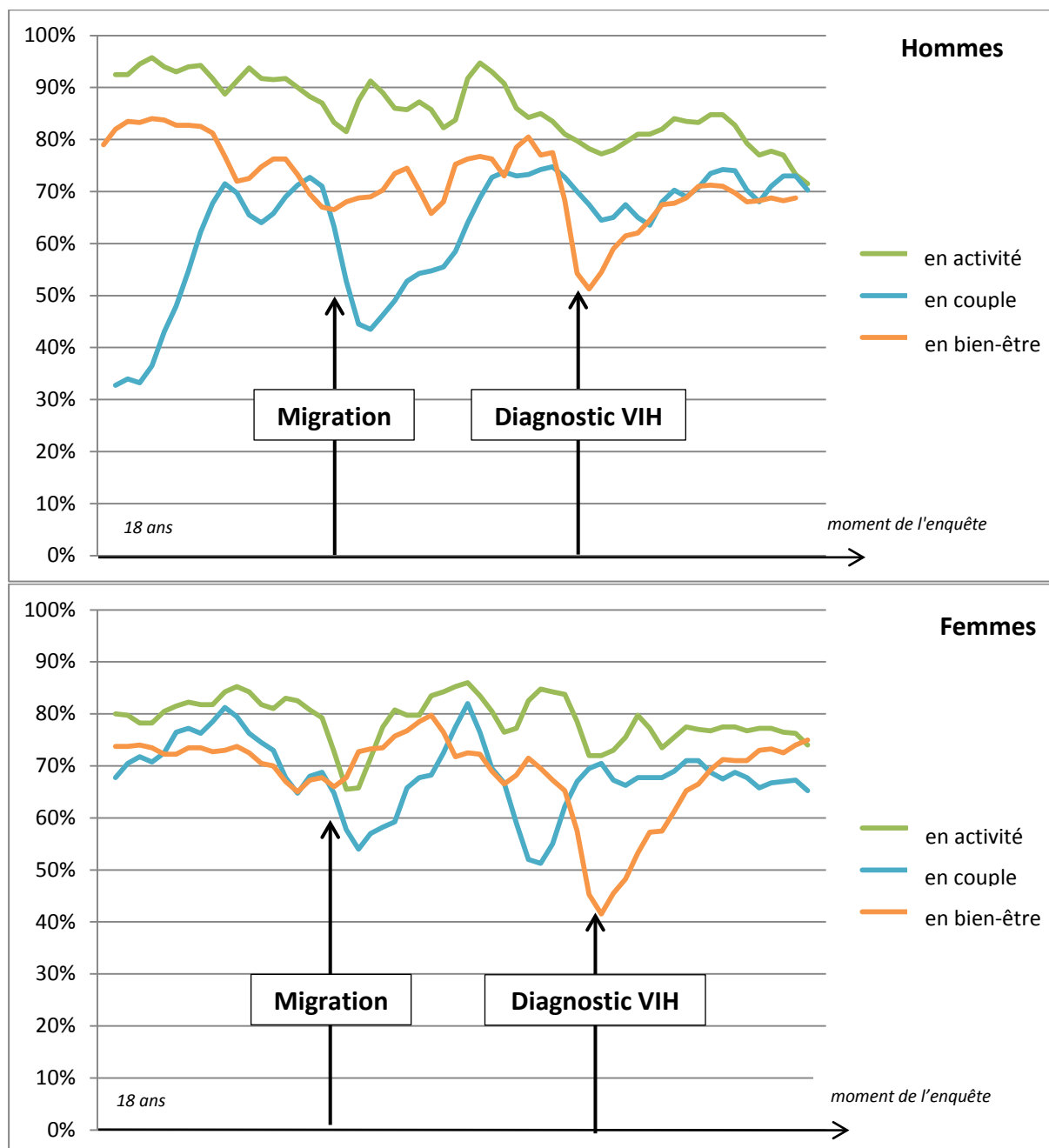
Les femmes du groupe Hépatite B connaissent une baisse très marquée des taux d'activité et de bien-être au moment de la migration, ainsi qu'une augmentation très nette de la proportion de personnes en couple. Au moment du diagnostic d'hépatite B, la proportion de femmes en activité connaît une baisse. Cette baisse pourrait être liée au fait que bien souvent le diagnostic d'Hépatite B chronique est posé pendant une grossesse (45.4% des tests diagnostiques pour les femmes, cf. chapitre 3, Tableau 10, page 93) et la naissance d'un enfant pourrait occasionner un arrêt de l'activité. Le bien-être ne semble pas affecté du tout par le diagnostic Hépatite B.

Ainsi, certaines différences apparaissent entre les groupes.

Chez les hommes, si l'allure des courbes est relativement similaire entre les groupes, il est intéressant de remarquer que le taux d'activité décroît progressivement chez les hommes du groupe VIH, ce qui n'est pas le cas parmi les hommes du groupe Hépatite B. Le diagnostic VIH semble avoir un effet très fort de détérioration du bien-être ; l'effet apparaît chez les hommes du groupe Hépatite B, mais de manière beaucoup moins prononcée.

En revanche, les femmes du groupe Hépatite B semblent avoir un profil assez différent des femmes VIH, avec une baisse très marquée des taux d'activité et de bien-être au moment de la migration dans le groupe Hépatite B. Il y a bien une baisse du taux d'activité des femmes du groupe VIH au moment de la migration, mais c'est une baisse très légère. La baisse importante de la proportion de femmes en couple entre la migration et le diagnostic n'est observée que dans le groupe VIH, et il pourrait correspondre à un moment d'infection au VIH pour les femmes de ce groupe, dont on sait qu'elles sont au moins 30% à s'infecter après l'arrivée en France et souvent pendant des périodes de précarité et d'instabilité (Desgrées du Loû et al. 2015). La différence d'impact du diagnostic sur le bien-être entre les groupes est encore plus visible que chez les hommes avec une chute importante de la proportion de personnes en situation de bien-être au moment du diagnostic VIH qui n'est pas du tout observée au moment du diagnostic d'hépatite B.

Figure 35. Proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être au cours de la vie et impact de la migration et du diagnostic VIH sur ces proportions, par sexe

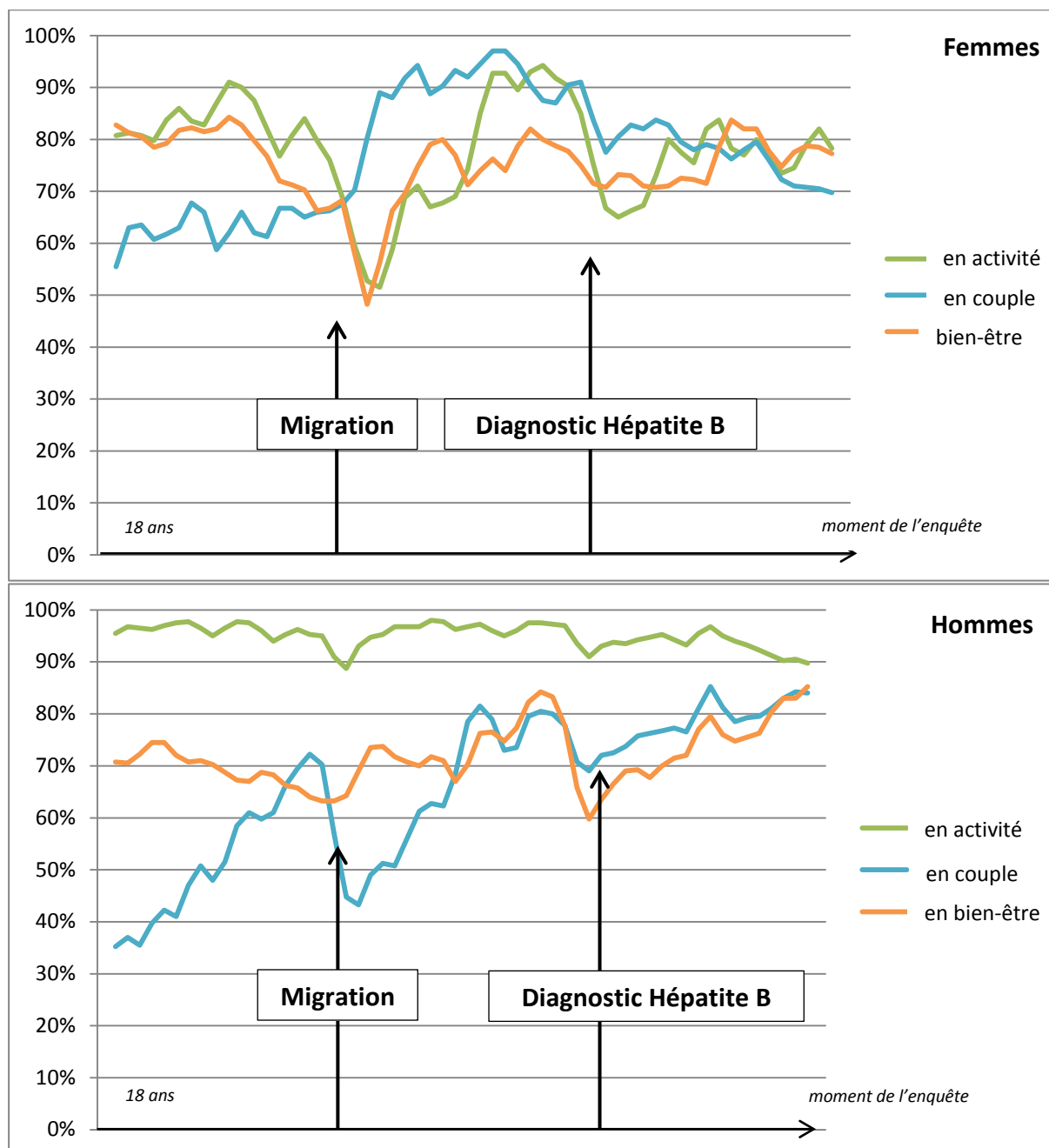


Graphes en temps relatif

Champ : hommes (N=185) et femmes (N=320) du groupe VIH n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Source : Enquête ANRS 2012-2013

Figure 36. Proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être au cours de la vie et impact de la migration et du diagnostic Hépatite B sur ces proportions, par sexe



Graphes en temps relatif

Champ : hommes (N=238) et femmes (N=90) du groupe Hépatite n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

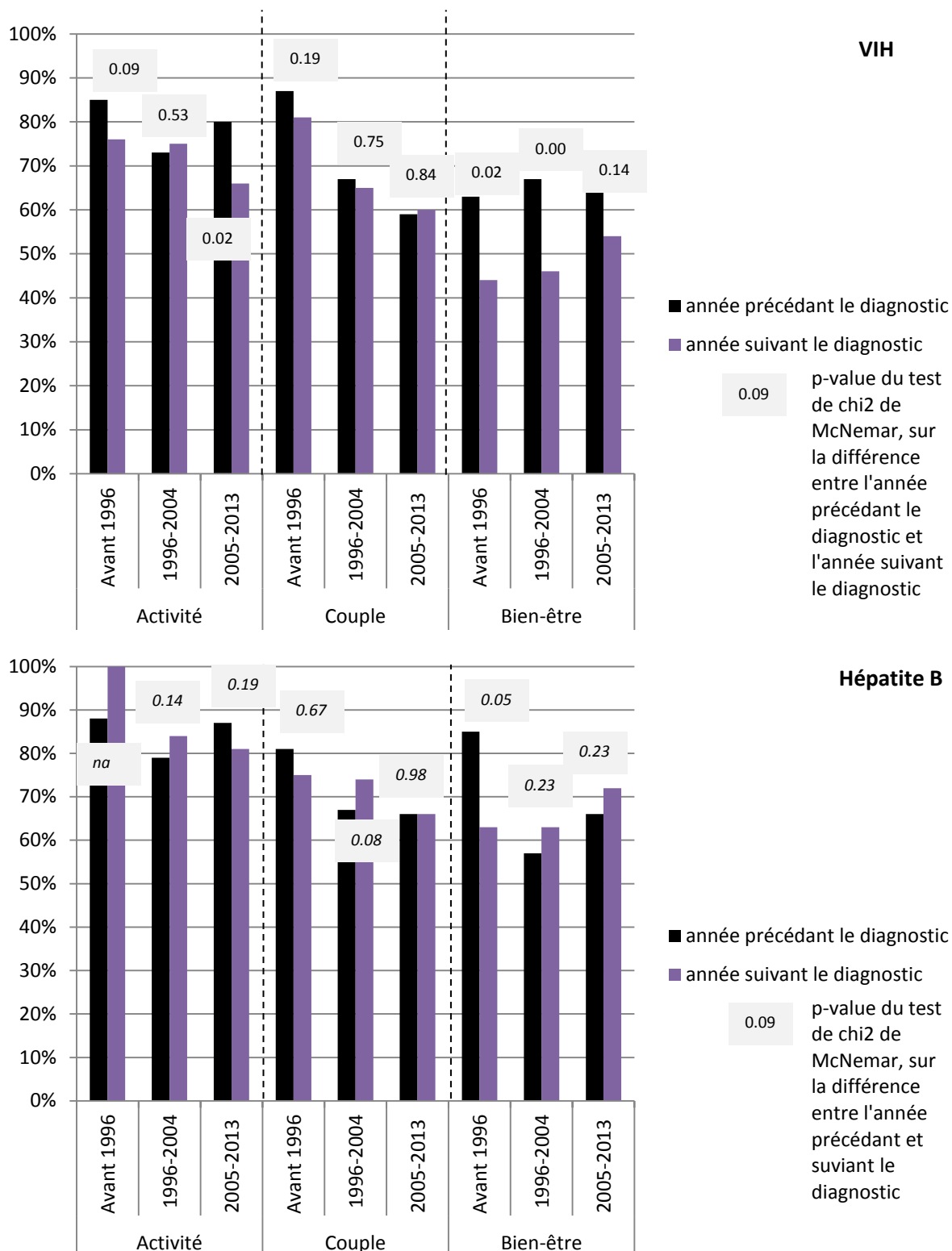
Source : Enquête ANRS 2012-2013

Ainsi, les graphes en temps relatif soulignent l'impact fort de la migration sur l'ensemble des dimensions, alors que le diagnostic ne semble affecter de façon majeure que la dimension du bien-être dans le groupe VIH notamment.

Après une détérioration importante du bien-être au moment du diagnostic cependant, la situation s'améliore rapidement. Dans le cas des femmes du groupe VIH, dont la détérioration du bien-être au moment du diagnostic est la plus marquée, la proportion de personnes en bien-être augmente vite après le diagnostic, jusqu'à revenir à niveau équivalent à ce qui existait avant. Il s'agit là d'une représentation graphique du concept de résilience, venu de la psychologie pour désigner « le processus par lequel un individu va intégrer et transformer les expériences traumatiques et continuer à se construire sans développer de psychopathologies » (Anaut 2016). Plusieurs travaux ont ainsi cherché à identifier quels étaient les facteurs de protection qui pouvaient permettre aux individus de mieux vivre l'annonce d'une hépatite C (Harris 2009; Hopwood, Treloar, et Redsull 2006), mettant notamment en avant le rôle de facteurs sociaux tels que l'entourage, la relation au partenaire, mais aussi l'année du diagnostic et, dans les deux études citées, l'appartenance et l'identification à une communauté. Ainsi, le concept de résilience en sciences sociales pourrait se définir comme le processus par lequel des individus arrivent à mobiliser des ressources de leur environnement social pour faire face à un événement difficile.

La comparaison des proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être l'année avant et l'année suivant le diagnostic VIH selon la période du diagnostic apporte des éléments plus fins de description (Figure 37) : avant l'arrivée de traitements antirétroviraux en 1996, le diagnostic VIH entraînait une chute de l'activité et du bien-être, sans effet sur la proportion de personnes en couple. Pendant la période qui suit l'arrivée des traitements (1996-2004), le diagnostic n'est plus suivi d'une chute de l'activité, une amélioration qui pourrait être reliée à une amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH suite à l'accès aux traitements, ce qui peut favoriser l'accès à l'emploi. Les proportions de personnes en couple sont inchangées par le diagnostic VIH. Cependant, le diagnostic est toujours suivi d'une détérioration importante du bien-être. Dans la période récente en revanche (2005-2013), la détérioration du bien-être n'est plus significative ($p=0.14$), ce qui laisse à penser que l'expérience subjective du VIH pourrait s'être améliorée. Enfin, dans la période récente les personnes perdent plus souvent leur activité au moment du diagnostic VIH ($p<0.02$), ce qui pourrait s'expliquer par la crise économique en France depuis la fin des années 2000.

Figure 37. Proportions de personnes en activité, en couple, en bien-être selon la période de diagnostic VIH et Hépatite B, par groupe



Champ : hommes (N=238) et femmes (N=90) du groupe Hépatite n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Source : Enquête ANRS 2012-2013

Lorsque les proportions de personnes en activité, en couple et en situation de bien-être sont comparées dans le groupe Hépatite B selon la période de diagnostic, quasiment aucune différence significative n'est relevée, seule la différence de bien-être pour les personnes diagnostiquées avant 1996 est statistiquement significative. Cela n'a rien d'étonnant car la prise en charge de l'Hépatite B et sa perception par autrui et les malades eux-mêmes n'ont pas connu les mêmes bouleversements que le VIH/sida dans les dernières décennies.

Les analyses multivariées sur les trois dimensions (activité, couple et bien-être, tableaux 23 à 25) permettent de mesurer les impacts respectifs de la migration et du diagnostic, toutes choses égales par ailleurs et en ajustant selon la période. Après l'exposé des résultats, une discussion permettra de revenir sur les résultats principaux de cette analyse.

- Impact de la migration et du diagnostic sur le passage à l'inactivité

L'impact de la migration sur la perte d'activité est confirmé à la fois pour les hommes et pour les femmes (Tableau 23) : dans les deux groupes d'étude, la période de l'arrivée en France est associée à une augmentation de la probabilité de perdre son activité ($ORa=8.78$ [4.20, 18.37] et 18.57 [9.11, 37.87] chez les hommes, et $ORa=11.02$ [6.78, 17.91] et 8.44 [3.44, 20.73] chez les femmes, respectivement dans les groupes VIH et Hépatite B). Quant au diagnostic, il n'est pas suivi d'une perte d'activité, que ce soit dans le groupe VIH ou le groupe Hépatite B. Bien que l'on ait observé une légère baisse du taux d'activité des femmes lors du diagnostic Hépatite B sur les graphes en temps relatif, ici le moment du diagnostic ne ressort pas comme significatif. Les transitions vers l'inactivité sont plus fréquentes dans la période récente ($Ora_{2005-2013} : 2.72$ [1.23,6.04] pour les hommes du groupe Hépatite B, 2.07 [1.18,3.63] chez les femmes du groupe VIH).

Tableau 23. Facteurs associés à la transition vers l'inactivité année par année, depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe

	Hommes		Femmes	
	VIH 4735 personnes- années à risque	Hépatite B 5528 personnes- années à risque	VIH 6113 personnes-années à risque	Hépatite B 1597 personnes- années à risque
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps*	0.98 [0.96,1.01]	0.95* [0.92,0.99]	1.01 [0.98,1.03]	0.99 [0.93,1.05]
Période *				
Avant 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.24 [0.74,2.09]	2.30** [1.26,4.17]	1.53* [1.03,2.28]	1.47 [0.57,3.77]
2005-2013	1.32 [0.67,2.58]	2.72* [1.23,6.04]	2.07* [1.18,3.63]	3.04 [0.75,12.27]
Région d'origine				
Afrique de l'Ouest	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, de l'est et du sud	2.06** [1.32,3.23]	0.76 [0.42,1.38]	1.44* [1.05,1.97]	1.07 [0.48,2.35]
Niveau d'étude à l'arrivée en France				
Aucun, primaire	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	1.39 [0.83,2.32]	1.46 [0.86,2.48]	1.21 [0.80,1.82]	2.50** [1.27,4.90]
Supérieur	1.13 [0.59,2.17]	1.73 [0.79,3.76]	1.08 [0.63,1.83]	1.76 [0.80,3.87]
Motif de la venue en France				
Travail, tenter sa chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Raisons familiales	0.99 [0.46,2.16]	0.95 [0.39,2.32]	1.44* [1.01,2.04]	1.42 [0.72,2.78]
Menacé dans son pays d'origine	1.08 [0.70,1.68]	1.34 [0.75,2.39]	1.29 [0.84,1.98]	1.09 [0.25,4.72]
Études	1.07 [0.55,2.08]	0.56 [0.26,1.22]	0.75 [0.39,1.44]	0.29 [0.08,1.05]
Raisons médicales	1.21 [0.46,3.24]	0.66 [0.19,2.28]	1.93* [1.03,3.61]	1.05 [0.49,2.28]
Âge en catégories*				
19-24	0.66 [0.27,1.61]	0.82 [0.38,1.74]	1.50 [0.80,2.81]	0.68 [0.21,2.20]
25-34	0.98 [0.53,1.79]	1.26 [0.72,2.18]	1.02 [0.66,1.58]	0.57 [0.30,1.10]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	1.62 [0.90,2.93]	3.07** [1.49,6.31]	1.43 [0.90,2.26]	0.10** [0.02,0.48]
Migration*				
N'a pas encore migré	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année de la migration et suivante	8.78*** [4.20,18.37]	18.57***[9.11,37.87]	11.02***[6.78,17.91]	8.44*** [3.44,20.73]
3e année en France et au-delà	1.75 [0.83,3.69]	1.23 [0.45,3.40]	1.50 [0.79,2.85]	1.22 [0.54,2.74]
Diagnostic*				
N'a pas encore été diagnostiqué	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année du diagnostic et suivante	1.39 [0.65,2.98]	1.11 [0.58,2.13]	1.06 [0.58,1.91]	0.86 [0.36,2.08]
3e année après diagnostic et au-delà	0.94 [0.40,2.21]	1.34 [0.58,3.13]	0.97 [0.48,1.96]	0.64 [0.24,1.70]
Naissance d'un enfant*	1.32 [0.75,2.32]	0.75 [0.36,1.58]	2.55*** [1.65,3.95]	2.04 [0.79,5.27]

Régressions logistiques à temps discret où v*= variables dépendantes du temps, OR* significatif à 5%, **significatif à 1%.

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Groupe VIH: N=185 hommes et 318 femmes (2 personnes jamais à risque); groupe HepB: N=238 hommes et 89 femmes (1 personne jamais à risque)

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

- L'impact de la migration et du diagnostic sur la rupture de couple

Les analyses multivariées confirment également l'impact de la migration sur le couple puisque la période d'arrivée en France est associée à une augmentation de la probabilité de rupture de couple (ORa=3.89 [2.11, 7.20] et 3.73 [1.99, 6.99] chez les hommes, ORa=2.90 [1.70, 4.97] et 2.00 [0.71, 5.59] chez les femmes, respectivement dans le groupe VIH et Hépatite B) (Tableau 24). De manière générale, la probabilité de rupture conjugale est plus élevée depuis 1996 comparé à avant 1996, chez les hommes et les femmes (bien que les Odds ratios ne soient pas systématiquement significatifs dans tous les sous-groupes), ce qui confirme ce qui était déjà visible sur la Figure 36 : plus la période considérée est récente, moins les personnes sont en couple. D'autres variables incluses dans le modèle jouent dans un sens attendu : le fait d'avoir un enfant une année donnée est logiquement associé à moins de rupture de couple (Odds ratios entre 0.12 et 0.25 selon les sous-groupes). Les motifs de venue en France ne jouent pas de la même façon pour les hommes et les femmes : parmi les hommes, le fait de venir pour des raisons familiales augmente la probabilité de rupture conjugale (les hommes venant pour d'autres motifs, plus nombreux que chez les femmes, moins en couple et ayant, par définition moins de chance de rompre une union) alors que chez les femmes, le fait de venir pour raisons familiales est associé à moins de ruptures de couple.

Enfin, on trouve une association forte parmi les hommes du groupe Hépatite B entre le fait d'être jeune (19-24 ou 25-34 ans, comparé aux 35-44 ans) et la rupture de couple, fait qui était déjà observable dans les graphes en temps relatif. Cela peut correspondre à un âge au mariage tardif chez les hommes et donc aux jeunes âges une plus grande probabilité d'unions informelles qui s'installent sur quelques années, mais ne durent pas. Les Odds ratios chez les hommes du groupe VIH vont dans le même sens.

Tableau 24. Facteurs associés à la rupture de couple année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe

	Hommes		Femmes	
	VIH 3312 personnes- années à risque	Hépatite B 3620 personnes- années à risque	VIH 5392 personnes- années à risque	Hépatite B 1508 personnes- années à risque
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps*	0.97 [0.94,1.01]	0.98 [0.94,1.03]	0.98* [0.95,1.00]	1.03 [0.98,1.08]
Période *				
Avant 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.29 [0.75,2.23]	1.51 [0.95,2.40]	1.70** [1.19,2.43]	1.71 [0.85,3.44]
2005-2013	1.27 [0.64,2.53]	2.21* [1.07,4.56]	1.67 [0.93,3.01]	2.15 [0.69,6.72]
Région d'origine				
Afrique de l'Ouest	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, de l'est et du sud	1.43 [0.98,2.09]	1.25 [0.84,1.87]	1.09 [0.81,1.48]	0.65 [0.36,1.18]
Niveau d'étude à l'arrivée en France				
Aucun, primaire	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	1.15 [0.67,1.97]	1.42 [0.59,3.43]	0.73 [0.52,1.03]	1.07 [0.55,2.09]
Supérieur	0.58 [0.30,1.11]	1.08 [0.45,2.60]	0.67 [0.41,1.09]	0.57 [0.23,1.40]
Motif de la venue en France				
Travail, tenter sa chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Raisons familiales Menacé dans son pays d'origine	2.00* [1.11,3.62]	1.04 [0.51,2.12]	0.81 [0.60,1.10]	0.44* [0.22,0.87]
Études	1.20 [0.76,1.89]	1.22 [0.40,3.73]	1.13 [0.71,1.79]	0.80 [0.27,2.35]
Raisons médicales	1.74 [0.99,3.07]	1.24 [0.69,2.24]	1.12 [0.65,1.95]	1.88 [0.89,4.00]
	3.09** [1.46,6.53]	2.41** [1.29,4.50]	0.82 [0.45,1.49]	1.49 [0.49,4.53]
Âge en catégories*				
19-24	1.42 [0.75,2.71]	3.25** [1.34,7.90]	0.91 [0.54,1.56]	0.92 [0.31,2.74]
25-34	1.28 [0.79,2.07]	1.74* [1.00,3.01]	0.87 [0.56,1.33]	1.32 [0.53,3.28]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.78 [0.42,1.47]	0.75 [0.31,1.82]	1.41 [0.73,2.75]	1.22 [0.41,3.63]
Migration*				
N'a pas encore migré	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année de la migration et suivante	3.89*** [2.11,7.20]	3.73*** [1.99,6.99]	2.90*** [1.70,4.97]	2.00 [0.71,5.59]
3e année en France et au-delà	0.98 [0.55,1.74]	0.85 [0.46,1.59]	1.01 [0.62,1.65]	0.65 [0.24,1.81]
Diagnostic*				
N'a pas encore été diagnostiqué	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année du diagnostic et suivante	1.21 [0.59,2.49]	0.60 [0.28,1.31]	0.91 [0.53,1.54]	1.35 [0.41,4.44]
3e année après diagnostic et au-delà	1.16 [0.63,2.12]	0.75 [0.39,1.46]	0.61 [0.35,1.06]	0.53 [0.14,1.96]
Naissance d'un enfant*	0.25** [0.10,0.65]	0.22** [0.08,0.59]	0.21*** [0.10,0.45]	0.12** [0.03,0.52]

Régressions logistiques à temps discret où v*= variables dépendantes du temps OR* significatif à 5%,
**significatif à 1%.

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans,
observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Groupe VIH: N=180 hommes et 314 femmes (11 personnes jamais à risque); groupe HepB: N=226
hommes et 88 femmes (14 personnes jamais à risque)

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 25. Facteurs associés à la détérioration du bien-être année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe

	Hommes		Femmes	
	VIH 3853 personnes- années à risque	Hépatite B 4189 personnes- années à risque	VIH 5227 personnes- années à risque	Hépatite B 1541 personnes- années à risque
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps*	1.04* [1.01,1.08]	1.04* [1.01,1.07]	1.06*** [1.03,1.10]	1.02 [0.96,1.07]
Période *				
Avant 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.23 [0.77,1.97]	1.68* [1.10,2.58]	1.33 [0.83,2.15]	1.37 [0.58,3.25]
2005-2013	1.48 [0.69,3.21]	1.42 [0.65,3.11]	1.56 [0.71,3.39]	2.39 [0.73,7.81]
Région d'origine				
Afrique de l'Ouest	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, de l'est et du sud	1.02 [0.63,1.65]	1.03 [0.72,1.46]	0.86 [0.59,1.26]	0.73 [0.26,2.01]
Niveau d'étude à l'arrivée en France				
Aucun, primaire	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	0.82 [0.43,1.59]	1.17 [0.72,1.88]	0.89 [0.57,1.40]	1.01 [0.49,2.11]
Supérieur	1.00 [0.44,2.28]	1.54 [0.84,2.83]	0.94 [0.51,1.72]	0.97 [0.25,3.70]
Motif de la venue en France				
Travail, tenter sa chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Raisons familiales	1.22 [0.75,1.99]	0.79 [0.41,1.53]	0.81 [0.50,1.30]	0.25*** [0.12,0.55]
Menacé dans son pays d'origine	2.25** [1.29,3.92]	1.60* [1.00,2.55]	1.66 [1.00,2.75]	0.62 [0.17,2.24]
Études	0.90 [0.38,2.13]	0.93 [0.57,1.55]	0.76 [0.38,1.53]	1.17 [0.45,3.05]
Raisons médicales	1.06 [0.56,2.02]	0.47 [0.22,1.02]	0.91 [0.36,2.30]	0.28 [0.05,1.71]
Âge en catégories*				
19-24	1.61 [0.67,3.86]	1.31 [0.66,2.61]	3.72*** [1.92,7.20]	2.78 [0.75,10.36]
25-34	2.46** [1.34,4.53]	1.05 [0.65,1.70]	2.28*** [1.41,3.68]	3.21* [1.26,8.21]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.48 [0.20,1.17]	0.81 [0.35,1.83]	0.54 [0.19,1.54]	0.63 [0.12,3.30]
Migration*				
N'a pas encore migré	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année de la migration et suivante	6.78*** [3.49,13.18]	7.81*** [4.29,14.21]	12.91*** [7.38,22.57]	8.36*** [2.85,24.50]
3e année en France et au-delà	0.75 [0.42,1.34]	0.93 [0.53,1.63]	3.64*** [1.91,6.94]	0.65 [0.18,2.31]
Diagnostic*				
N'a pas encore été diagnostiqué	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année du diagnostic et suivante	7.74*** [3.72,16.08]	1.46 [0.69,3.10]	5.49*** [3.08,9.76]	1.41 [0.50,4.00]
3e année après diagnostic et au-delà	0.84 [0.39,1.82]	0.46* [0.21,1.00]	0.27*** [0.13,0.57]	1.45 [0.52,4.07]
Naissance d'un enfant*	0.90 [0.51,1.60]	1.75 [1.00,3.08]	1.39 [0.80,2.41]	1.06 [0.43,2.64]

Régressions logistiques à temps discret où v* = variables dépendantes du temps OR* significatif à 5%,
**significatif à 1%.

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans,
observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Groupe VIH: N=180 hommes et 309 femmes (16 personnes jamais à risque); groupe HepB: N=232
hommes et 89 femmes (8 personnes jamais à risque)

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

- L'impact de la migration et du diagnostic sur la détérioration du bien-être

Dans la période qui suit la migration, la probabilité d'une détérioration du bien-être augmente pour les deux groupes et les deux sexes (ORa=6.78 [3.49, 13.18] et 7.81 [4.29, 14.21] chez les hommes, ORa=12.91 [7.38, 22.57] et 8.36 [2.85, 24.50] chez les femmes, dans le groupe VIH et Hépatite B respectivement) (Tableau 25). L'Odds ratio particulièrement élevé pour les femmes VIH laisse à penser que pour ces femmes, l'installation en France est particulièrement difficile, installation difficile dont il a été montré qu'elle peut augmenter le risque d'infection à VIH (Desgrées du Loû et al. 2016). Quant au diagnostic, son impact sur la détérioration du bien-être est très important pour le groupe VIH (ORa=7.74 [3.72, 16.08] et 5.49 [3.08, 9.76] respectivement chez les hommes et les femmes) ; en revanche, il n'y a pas d'impact du diagnostic Hépatite B sur le bien-être des personnes après ajustement sur les autres variables.

Suite à cette détérioration du bien-être dans le groupe VIH, on observe une amélioration rapide, mais seulement chez les femmes (ORa 3^e année après diagnostic et au-delà=0.27 [0.13, 0.57]), l'Odds ratio va dans le même sens chez les hommes, mais il n'est pas significatif, l'effet est donc beaucoup plus faible.

Enfin, la détérioration du bien-être est plus fréquente chez les personnes jeunes (moins de 35 ans), bien que les Odds ratios ne soient pas systématiquement significatifs pour tous les sous-groupes. Enfin, le motif de venue en France peut également jouer : d'une part, le fait de venir pour des raisons familiales est protecteur parmi les femmes du groupe Hépatite B par rapport à être venue pour tenter sa chance (ORa=0.25 [0.12, 0.55]). D'autre part, parmi les hommes, le fait d'être venu pour fuir des menaces dans son pays est associé à une probabilité plus grande de voir son bien-être dégradé (ORa= 2.25 [1.29, 3.92] et 1.60 [1.00, 2.55] respectivement dans le groupe VIH et Hépatite B).

Impact du diagnostic VIH et Hépatite B sur l'accès au titre de séjour

- L'accès au titre de séjour court

L'accès au titre de séjour court n'est pas favorisé par le fait en soi d'avoir le VIH, mais bien favorisé par le fait d'accéder au titre de séjour pour soins (ORa=1.98 [1.41, 2.79] et 1.59 [1.05, 2.39] respectivement chez les hommes et les femmes) (Tableau 26). Cet accès au titre de séjour pour soins se fait notamment au moment du diagnostic (ORa année du diagnostic et suivante=2.67 [1.61, 4.45] et 5.10 [2.82, 9.22] respectivement pour les hommes et les

femmes), mais également dans une moindre mesure au cours des années qui suivent (ORa=1.95 [1.14, 3.35] et 3.64 [2.02, 6.55]). Les périodes 1996-2004 et 2005-2013 sont associées à une probabilité plus grande d'accéder au titre de séjour court, ce qui est logique étant donné que le titre de séjour pour soins a été mis en place en 1998.

Ce modèle a donc permis de vérifier que l'accès plus rapide au titre de séjour court se faisait par le biais du titre de séjour pour soins, plus fréquemment attribué aux personnes vivant avec le VIH qu'aux personnes vivant avec une Hépatite B chronique (cf. chapitre 3).

- L'accès au titre de séjour long

Les probabilités d'accéder à un titre de séjour long sont modélisées par groupe et par sexe (Tableau 27). Le diagnostic en tant que tel n'a pas d'impact sur l'accès au titre de séjour long; en revanche, le résultat majeur de cette analyse est que le fait d'avoir accédé au titre de séjour pour soins fait baisser la probabilité d'accéder à un titre de séjour long à durée de séjour (t) égale¹⁶ (ORa=0.20 [0.11, 0.36] et 0.15 [0.07, 0.32] chez les hommes, ORa=0.19 [0.13, 0.28] et 0.27 [0.11, 0.66] chez les femmes, respectivement dans le groupe VIH et Hépatite B). Deuxièmement, il apparaît que la période récente est associée négativement à l'accès au titre de séjour long, bien que les Odds ratios ne soient pas systématiquement significatifs. Ce résultat reflète le durcissement des conditions d'attribution de la carte de 10 ans en France et le durcissement des politiques d'immigration en Europe dans les dernières années. Enfin, d'autres facteurs jouent dans un sens attendu, notamment le fait d'être venu pour raisons familiales qui est positivement associé à l'accès au titre de séjour long, ce qui correspond aux personnes venues dans le cadre du regroupement familial.

Ainsi, si le diagnostic VIH facilite l'accès au titre de séjour d'un an renouvelable pour soins, ce même permis pour soins ralentit l'accès des migrants à des titres de séjour longs, ce qui peut empêcher les migrants de s'installer à long terme, par exemple en s'assurant un emploi stable et en faisant venir leur famille.

¹⁶ Dans ce modèle sont incluses toutes les années depuis l'arrivée en France et l'on ne compte que le premier accès à la carte de résident ou à la nationalité française. Alors t est égal à la durée de séjour en France. Les estimations sont donc ajustées sur cette durée de séjour.

Tableau 26. Facteurs associés à l'accès à un titre de séjour court année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe

	Hommes	Femmes
	2704 personnes-années	1576 personnes-années
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps*	0.97 [0.93,1.02]	0.91* [0.85,0.98]
Groupe d'étude		
HepB	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
VIH	1.38 [0.93,2.06]	1.10 [0.69,1.74]
Période *		
Avant 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.00 [0.59,1.71]	2.12* [1.05,4.26]
2005-2013	1.35 [0.73,2.50]	2.29* [1.08,4.86]
Région d'origine		
Afrique de l'Ouest	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, de l'est et du sud	0.67 [0.42,1.08]	1.31 [0.87,1.99]
Niveau d'étude à l'arrivée		
Aucun, primaire	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	0.77 [0.53,1.14]	1.12 [0.76,1.64]
Supérieur	0.72 [0.38,1.35]	0.54 [0.25,1.18]
Motif de la venue en France		
Travail, tenter sa chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Raisons familiales	1.56 [0.80,3.05]	1.39 [0.91,2.12]
Menacé dans son pays d'origine	1.26 [0.78,2.04]	1.00 [0.55,1.82]
Études	1.13 [0.57,2.25]	1.13 [0.50,2.57]
Raisons médicales	2.31* [1.12,4.79]	0.86 [0.42,1.76]
Âge en catégories*		
19-24	1.98 [0.97,4.05]	1.35 [0.62,2.93]
25-34	0.87 [0.61,1.26]	1.13 [0.71,1.81]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.98 [0.50,1.91]	0.78 [0.39,1.55]
Diagnostic*		
N'a pas encore été diagnostiqué	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année du diagnostic et suivante	2.67*** [1.61,4.45]	5.10*** [2.82,9.22]
3e année après diagnostic et au-delà	1.95* [1.14,3.35]	3.64*** [2.02,6.55]
Naissance d'un enfant*	1.66 [0.92,3.00]	1.51 [0.88,2.59]
A obtenu un titre de séjour pour soins	1.98*** [1.41,2.79]	1.59* [1.05,2.39]

Régressions logistiques à temps discret où v*= variables dépendantes du temps OR* significatif à 5%, **significatif à 1%.

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Groupe VIH: N=185 hommes et 320 femmes; groupe HepB: N=261 hommes et 102 femmes

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

Tableau 27. Facteurs associés à l'accès à une carte de résident ou à la nationalité française année par année depuis 18 ans jusqu'au moment de l'enquête, par sexe et par groupe

	Hommes		Femmes	
	VIH 2094 personnes- années à risque	Hépatite B 2682 personnes- années à risque	VIH 2791 personnes- années à risque	Hépatite B 635 personnes- années à risque
	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]	ORa [IC95%]
Temps*	1.06 [0.99,1.13]	1.05 [0.99,1.10]	1.07** [1.02,1.13]	1.16* [1.01,1.32]
Période *				
Avant 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	0.70 [0.42,1.18]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	0.54 [0.28,1.04]	0.35***[0.20,0.61]	0.52 [0.27,1.00]	0.90 [0.25,3.32]
2005-2013	0.57 [0.26,1.26]	0.16***[0.07,0.41]	0.70 [0.42,1.18]	0.26 [0.06,1.17]
Région d'origine				
Afrique de l'Ouest	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Afrique centrale, de l'est et du sud	0.88 [0.52,1.47]	0.56 [0.29,1.09]	1.08 [0.70,1.64]	1.61 [0.70,3.70]
Niveau d'étude à l'arrivée en France				
Aucun, primaire	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondaire	1.36 [0.61,3.03]	1.79 [0.99,3.25]	1.40 [0.79,2.51]	2.10 [0.84,5.25]
Supérieur	1.49 [0.60,3.67]	4.05** [1.69,9.72]	1.67 [0.84,3.33]	2.55 [0.56,11.53]
Motif de la venue en France				
Travail, tenter sa chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Raisons familiales	1.48 [0.41,5.33]	2.67* [1.17,6.11]	1.87* [1.12,3.11]	2.86* [1.08,7.55]
Menacé dans son pays d'origine	1.92* [1.03,3.56]	1.73 [0.83,3.61]	1.14 [0.55,2.37]	2.78 [0.73,10.69]
Études	0.51 [0.23,1.14]	0.57 [0.23,1.40]	1.25 [0.64,2.45]	3.01 [0.55,16.44]
Raisons médicales	4.30** [1.75,10.56]	1.00 [0.33,3.02]	1.42 [0.62,3.26]	0.12 [0.01,1.43]
Âge en catégories*				
19-24	1.83 [0.72,4.62]	0.27* [0.08,0.91]	0.96 [0.47,1.96]	1.24 [0.38,4.04]
25-34	0.61 [0.31,1.22]	0.81 [0.45,1.44]	0.78 [0.47,1.30]	0.64 [0.24,1.70]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.79 [0.34,1.80]	1.36 [0.58,3.19]	1.71 [0.92,3.19]	3.18 [0.66,15.30]
Diagnostic*				
N'a pas encore été diagnostiqué	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Année du diagnostic et suivante	1.54 [0.72,3.30]	2.47** [1.26,4.84]	1.90 [0.95,3.77]	1.38 [0.46,4.16]
3e année après diagnostic et au-delà	1.11 [0.57,2.13]	1.79 [0.66,4.86]	1.57 [0.86,2.86]	0.65 [0.20,2.07]
Naissance d'un enfant*	1.09 [0.47,2.50]	1.61 [0.79,3.30]	1.38 [0.69,2.78]	1.23 [0.46,3.30]
A obtenu un titre de séjour pour soins	0.20*** [0.11,0.36]	0.15***[0.07,0.32]	0.19*** [0.13,0.28]	0.27** [0.11,0.66]

Régressions logistiques à temps discret où v^* = variables dépendantes du temps OR* significatif à 5%, **significatif à 1%.

Champ : personnes du groupe VIH et Hépatite B n'ayant ni migré ni été diagnostiqué à 18 ans, observés au moins cinq ans après le diagnostic et qui ont été diagnostiqués après la migration

Groupe VIH: N=185 hommes et 320 femmes; groupe HepB: N=261 hommes et 102 femmes

Source : Enquête ANRS Parcours 2012-2013

4. Discussion

L'impact respectif de la migration et du diagnostic

La migration a un impact majeur sur les trajectoires d'activité et de couple et le diagnostic du VIH ou de l'Hépatite B en tant que tel ne modifie pas ces trajectoires. En revanche, le diagnostic VIH a un effet très fort et négatif sur le bien-être des personnes. Cet effet délétère sur le bien-être est spécifique au diagnostic VIH puisque le diagnostic Hépatite B n'a, lui, aucun effet sur le bien-être.

Cette détérioration impressionnante du bien-être au moment du diagnostic VIH reflète combien le VIH/sida est une maladie associée à des représentations négatives. Bien que la normalisation du VIH soit en cours, les études précédentes ont montré que les discours des patients sont hantés d'expériences antérieures et contradictoires du virus, comme c'est notamment le cas pour les personnes qui ont vu des membres de leur famille ou des amis mourir du sida (Mazanderani et Paparini 2015). Cette expérience subjective du diagnostic VIH a certes évolué au fur et à mesure de l'amélioration des traitements et les personnes vivant avec le VIH peuvent à présent mener « une vie normale ». Cependant, la stigmatisation et l'incertitude sur l'état de santé demeurent des préoccupations présentes (Desclaux et al. 2014)

L'absence d'effet du diagnostic VIH ou Hépatite B sur la rupture de couple mérite d'être soulignée. Plusieurs études avaient déjà montré que la fréquence élevée de ruptures d'union parmi les femmes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire n'était pas liée à la révélation du statut au partenaire mais plutôt au fait que les partenaires soient installés et cohabitants (Desgrées-du-Loû et al. 2009), remettant ainsi en question l'idée selon laquelle la stigmatisation associée au VIH pourrait entraîner des ruptures de couple. L'analyse développée ici renforce ces résultats et montre qu'au niveau populationnel, le diagnostic VIH n'a pas provoqué de ruptures d'unions parmi les migrants subsahariens, que ce soit avant ou après l'accès aux traitements antirétroviraux. Deuxièmement, la probabilité de rupture de couple est plus importante dans les années récentes, bien que l'effet soit léger : de moins en moins de migrants sont en couple et que cette baisse de la proportion de personnes en couple en cours du temps est notamment liée à plus de ruptures dans les années récentes qu'auparavant. Ces résultats sont donc plus à relier à une évolution des comportements conjugaux de l'ensemble des migrants (retard de l'âge au mariage, au premier enfant (Pilon et Vignikin 2006) et pas à un effet de la maladie.

La normalisation du VIH en question

Bien que la comparaison brute des taux de bien-être avant et après le diagnostic VIH selon la période du diagnostic laissait à penser qu'il y a une atténuation du choc que représente un diagnostic VIH dans les années récentes (Figure 37), cet effet « période » ne ressort pas en multivarié, ce qui signifie qu'il y a une tendance à l'atténuation de cette perception très négative du diagnostic VIH, mais que cette tendance reste encore fragile et dépendante des caractéristiques des personnes concernées.

La question de la normalisation de l'expérience subjective du VIH reste ainsi ouverte. Cette question de la normalisation qui reste en suspens est à mettre en perspective avec les résultats ambivalents des enquêtes qualitatives qui montraient que bien que l'expérience des patients se soit médicalisée, et ainsi normalisée pour certains, la maladie VIH reste associée à des représentations très négatives.

Résilience et différence entre hommes et femmes

Chez les femmes du groupe VIH, la détérioration du bien-être est suivie d'une amélioration nette jusqu'à dépasser le niveau antérieur au diagnostic chez les femmes (Figure 34 et Tableau 25, ORa 3^e année après le diagnostic et au-delà=0.27 [0.13, 0.57]). Cette amélioration plus importante chez les femmes reflète non seulement l'impact positif de l'accès aux traitements sur de nombreux aspects de la vie (Rosen et al. 2010; Tsai et al. 2013), mais aussi l'effet de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans les services hospitaliers et les associations notamment communautaires, plus accessibles aux femmes qu'aux hommes (Gerbier-Aublanc 2016). Ce qui semble être une meilleure résilience chez les femmes que chez les hommes après un diagnostic VIH pourrait donc s'expliquer en partie par la meilleure insertion des femmes dans les associations communautaires de soutien aux personnes vivant avec le VIH, ce qui était déjà d'une certaine façon les résultats des études sur l'expérience de l'hépatite C qui montraient que la participation et l'identification à une communauté constituaient un facteur de protection dans l'expérience de la maladie (Harris 2009; Hopwood, Treloar, et Redsull 2006).

Cette différence entre hommes et femmes peut être expliquée en partie par le fait que les hommes ont une fréquentation moindre des associations communautaires qui assurent une prise en charge globale des personnes et peuvent aider celles-ci à sortir d'une situation de marginalité et de vulnérabilité suite au diagnostic (Gerbier-Aublanc 2016). Les hommes, plus absents des associations communautaires, ne connaissent pas la même résilience.

La féminisation particulière des associations de personnes d'Afrique subsahariennes engagées dans la lutte contre le VIH est due à plusieurs facteurs : premièrement, le fait que le rapport à la santé soit, dans les représentations sociales, dévolu aux femmes qui apparaissent comme des « soignantes familiales » notamment en Afrique (Bila 2011). Plusieurs travaux montrent effectivement comment les femmes vont se poser comme le relais des institutions de santé. Il est également notable que dans l'histoire de la mobilisation associative en France, en dehors du champ du VIH/sida, les femmes de l'immigration apparaissent comme des actrices de premier plan (Miranda, Ouali, et Kergoat 2011). La lutte contre le VIH/sida est l'un des exemples de cette participation des femmes migrantes à l'espace associatif (Musso 2011; Gerbier-Aublanc 2016).

Les hommes sont également plus nombreux relativement à garder le secret sur leur infection VIH (Pannetier et al. 2014), ce qui peut être un obstacle à la participation aux associations.

La dégradation de la situation économique et politique

Dans les deux groupes, la probabilité de la perte d'activité augmente dans la période récente (2005-2013) comparée à la période avant 1996 ; la différence n'est significative que parmi les hommes du groupe Hépatite B et les femmes du groupe VIH, mais les Odds ratios vont dans le même sens pour l'ensemble de la population étudiée. Bien que la crise économique concerne l'ensemble de la population des pays européens, son effet délétère sur l'accès à l'emploi des personnes vivant avec le VIH a déjà été montré dans une étude précédente (Annequin et al. 2015), effet délétère confirmé dans cette analyse. Les mécanismes par lesquels des personnes diagnostiquées pour une maladie chronique peuvent être affectées indirectement par la crise économique peuvent être de différents ordres : ces mêmes personnes migrantes et malades peuvent être celles qui se trouvent dans les emplois les plus précaires, moins protégés et qui, devant s'absenter pour des examens médicaux ou en raison d'un mauvais état de santé, perdent leur emploi. C'est probablement la raison qui explique que l'effet du diagnostic sur le passage à l'inactivité soit accentué dans la période récente.

D'autre part, la question du stigmatisme que les personnes anticipent dans le monde du travail peut aussi constituer une barrière à la poursuite d'une activité dans certains secteurs. En effet, l'analyse menée conjointement avec Marjorie Gerbier-Aublanc a montré comment les femmes vivant avec le VIH, travaillant bien souvent dans les métiers de garde d'enfant et d'assistance aux personnes âgées (qui se développent en France dans les dernières années) craignent de révéler leur statut VIH à leur employeur (Gerbier-Aublanc, Gosselin, et the

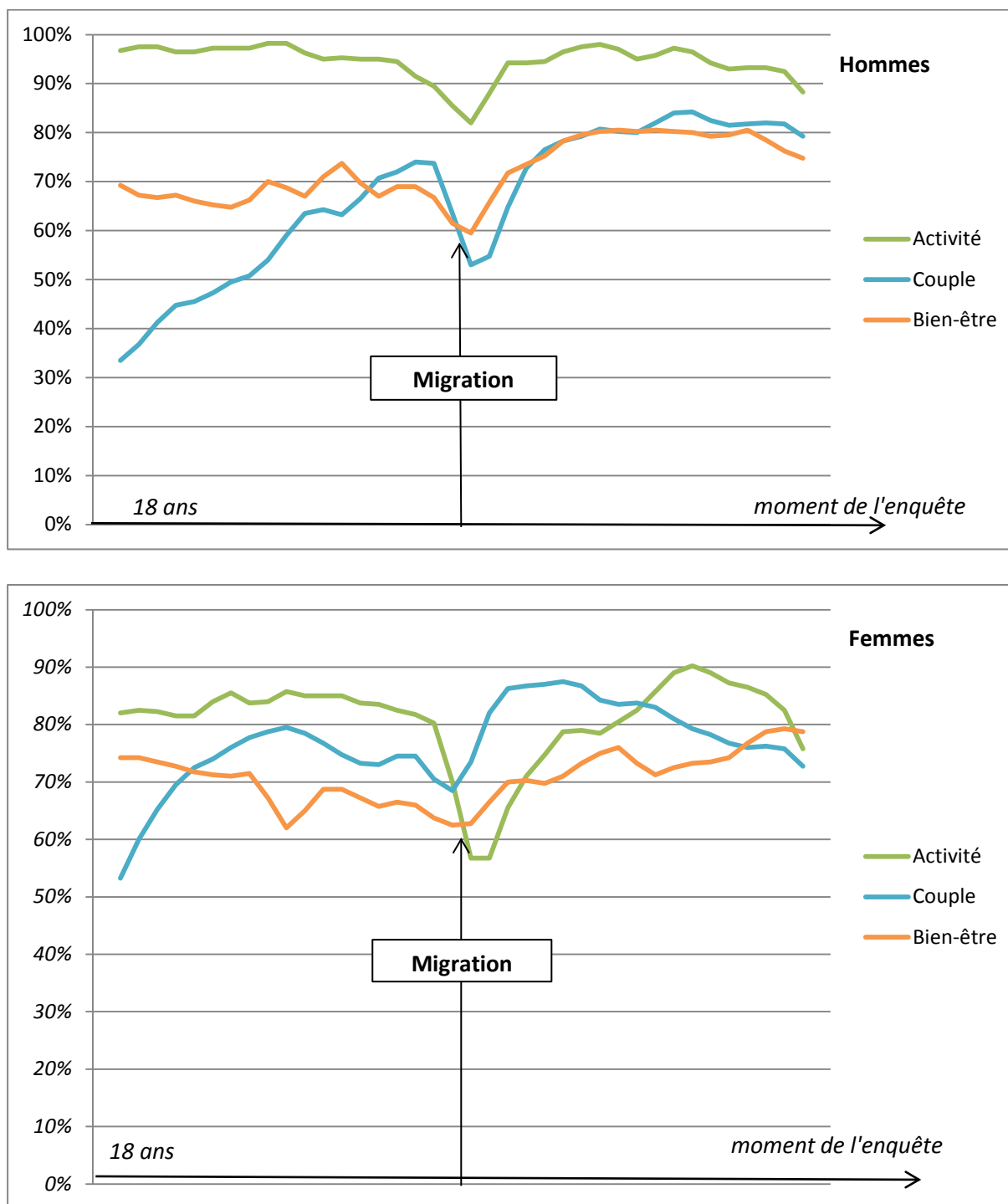
Parcours Study Group 2016). Toutes ces raisons peuvent expliquer comment des personnes affectées par le VIH voient leur situation d'emploi se dégrader dans les années récentes.

Le durcissement des politiques d'immigration quant à lui est reflété dans l'accès plus difficile au titre de séjour long. Ce durcissement concerne l'ensemble des migrants, malades ou non, et se surajoute pour ainsi dire à l'effet délétère du titre de séjour pour soins. En effet, nos résultats confirment l'existence d'une discrimination envers les personnes malades qui ont le droit de demander une carte de résident (carte de séjour de 10 ans et plus), mais qui bien souvent voient leur demande refusée. Elles sont ainsi « coincées dans le temporaire », et doivent renouveler leur titre de séjour pour soins chaque année, sans pouvoir accéder à un titre de séjour plus long. Ce phénomène a déjà été dénoncé par les associations de défense des personnes vivant avec le VIH et suggéré dans de recherches antérieures (Lert 2014; AIDES 2015). Les migrants malades font donc face à une double difficulté dans l'accès au titre de séjour long dans la période récente : l'une qui touche l'ensemble des migrants, liée à l'obtention plus difficile de la carte de résident, et une autre qui touche spécifiquement les personnes détentrices d'un titre de séjour pour soins, qui les empêche de pérenniser leur titre de séjour alors qu'elles y ont droit dans les textes de loi. Cette situation est considérée comme illégale et discriminatoire par le Défenseur des Droits (Le Défenseur des droits 2016).

La dégradation des conditions de vie des migrants en général, en lien avec la crise économique et le durcissement des politiques migratoires constitue un obstacle pour vivre une vie « normale », que ce soit avec le VIH ou non, et malheureusement, à l'heure actuelle, les politiques européennes notamment face à l'arrivée de nouveaux migrants laissent à penser que cette situation ne va pas s'améliorer dans les années à venir.

Annexes du chapitre 4

Figure A1. Proportion de personnes en activité, en couple et en bien-être dans le groupe Médecine Générale, en rapport avec la migration



Graphes en temps relatif

Champ : hommes (N=315) et femmes (N=329) du groupe Médecine Générale, personnes n'ayant pas migré à 18 ans

Source : Enquête ANRS 2012-2013

Alors que les migrants subsahariens constituent l'un des groupes les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida et par l'hépatite chronique B en France, l'impact de ces maladies sur leurs trajectoires de vie était peu connu. Nos analyses ont montré combien les trajectoires d'installation en France des migrants subsahariens étaient longues et marquées par la précarité, et ce, indépendamment du fait d'être malade ou non. La migration elle-même engendre des ruptures biographiques, que ce soit au niveau de l'activité, du couple, ou encore du bien-être. Le diagnostic VIH n'influe pas sur l'activité ou le couple, en revanche il entraîne une détérioration importante du bien-être. Le diagnostic d'hépatite B n'a par contre pas d'effet visible sur les trajectoires de vie des migrants subsahariens à partir des indicateurs que nous avons retenus : vie en couple, activité, bien-être. Enfin, si le diagnostic VIH favorise l'accès au titre de séjour pour soins, ce même titre rend plus difficile pour les personnes l'accès à une carte de résident ou la nationalité française.

Au vu de ces résultats, dans cette conclusion nous revenons sur les limites et les apports de ce travail de thèse et nous proposons des perspectives de recherche future.

Limites

Ce travail de thèse comporte certaines limites. Premièrement, du fait du manque de données quantitatives en France sur les parcours individuels des migrants (quelle que soit leur origine), il n'a pas été possible de comparer nos résultats sur l'installation par exemple avec des résultats antérieurs sur d'autres groupes de migrants, ce qui aurait permis de mieux mettre en perspective la situation des migrants subsahariens et discuter de sa spécificité ou non par rapport à des migrants venus d'autres pays.

En second lieu, la normalisation du VIH suite à l'accès aux traitements antirétroviraux n'a été montrée que partiellement ; il est certes possible que l'effet soit encore fragile et que ce soit pour cette raison que l'analyse multivariée ne mette pas en évidence une diminution de la détérioration du bien-être dans les années récentes. Toutefois, il est également possible que ces analyses souffrent d'un certain biais, qu'on pourrait appeler de « perception ». En effet, n'est-il pas attendu qu'une personne qui raconte un diagnostic récent (entre 2005 et 2013) signale plus souvent cet événement comme très marquant et se rappelle de manière très vive combien cet événement a été difficile, alors qu'une personne qui raconte un diagnostic

lointain dans le temps a précisément eu le temps de prendre de la distance par rapport à cet événement ? Dans ce cas, la déclaration d'un diagnostic récent pourrait plus souvent être déclarée comme ayant détérioré le bien-être et l'effet de normalisation serait effectivement moins visible. Ainsi, le recueil rétrospectif du bien-être a permis de mettre en évidence un effet très net du diagnostic, cependant il n'est peut-être pas adapté à la comparaison entre époques étant donné que l'inévitable travail d'adaptation à la maladie peut modifier la perception que l'individu a de sa propre identité et de son diagnostic après un certain temps (Pannetier 2012).

Enfin, il aurait été utile de pouvoir intégrer à l'analyse de l'impact du VIH ou de l'hépatite B la question de l'état de santé des personnes au moment du diagnostic. Le trop grand nombre de valeurs manquantes a empêché de prendre en compte cette information pourtant importante ; les variables sur le diagnostic tardif du VIH et de l'hépatite avaient tout de même été incluses dans les premières analyses exploratoires à chaque étape mais elles n'ont jamais donné de résultat probant. Or il est possible que le fait d'avoir des symptômes et de se sentir malade change beaucoup la donne, que ce soit au travail, avec l'entourage ou en termes de bien-être. Cependant, comme il a été démontré que le diagnostic VIH ou Hépatite B n'avait pas d'impact sur l'activité ou le couple, la seule dimension où l'état de santé au diagnostic pourrait jouer est le bien-être. Ainsi, il est possible que la détérioration du bien-être au moment du diagnostic soit en partie liée à l'état de santé de la personne, dimension qui n'a pas pu être prise en compte dans les analyses menées. De manière plus générale, de futurs développements pourraient explorer par quels mécanismes transite l'effet du diagnostic VIH sur la détérioration du bien-être : l'état de santé au diagnostic est-il seul en jeu, ou d'autres facteurs comme la réaction de l'entourage ou encore la discrimination subie par les personnes séropositives jouent-ils aussi un rôle ?

Le poids du contexte social dans les trajectoires de vie des migrants subsahariens en France

Bien que l'étude des trajectoires individuelles permette de prendre en compte la singularité des parcours des individus, l'ensemble des analyses de la dynamique de l'installation et de l'impact du diagnostic souligne le poids du contexte social, économique et politique dans les parcours de vie des personnes par rapport aux déterminants individuels.

En effet, nous avons montré que le processus d'installation était pareillement long pour tous les migrants, quel que soit leur profil.

Le durcissement des politiques migratoires dans la dernière décennie ainsi que les effets de la crise économique de 2008 sont apparus comme des facteurs qui influent sur les trajectoires des personnes. En cela, nos résultats concordent avec ceux de l'enquête VESPA menée auprès d'un échantillon représentatif de toutes les personnes vivant avec le VIH en France (pas seulement les migrants) et qui montrait déjà l'impact de la crise économique sur la situation d'emploi suite au diagnostic (Annequin et al. 2015). Ce poids des déterminants sociaux n'est pas sans effet sur la prise en charge des maladies chroniques et de précédents travaux montraient déjà que les migrants subsahariens vivant avec le VIH en France avaient un taux de réussite de traitement moins bon, probablement en raison de conditions de vie plus dégradées que le reste de la population séropositive (Dray-Spira, Spire, Heard, Lert, et VESPA study group 2007).

Un autre élément du contexte est l'évolution des flux migratoires. Les profils féminins de migration évoluent et le fait que de plus en plus de femmes migrent parce qu'elles ont subi des menaces dans leur pays est préoccupant : ces femmes arrivent dans des circonstances plus difficiles en France.

Ainsi, nos résultats empiriques viennent mettre en lumière le poids du contexte social dans les trajectoires de vie des migrants subsahariens. Il ne s'agit pas de nier que chaque personne exerce ensuite sa capacité d'agir, mais d'insister sur le cadre contraignant dans lequel elle trouve à s'exercer.

L'apport de l'approche biographique et confrontation des méthodes

Notre travail de thèse a mobilisé les outils de *l'event history analysis*, de l'analyse de séquence et enfin la lecture qualitative des grilles pour évaluer l'impact du diagnostic sur les trajectoires de vie.

En adaptant l'analyse de séquence à un objet de recherche particulier qu'est l'impact d'un événement sur une trajectoire, nous avons pu formuler des hypothèses sur l'impact du diagnostic (chapitre 3) qui ont ensuite été testées dans l'approche par les régressions à temps discret (chapitre 4). Or toutes les hypothèses qui avaient émergé de l'analyse de séquence n'ont pas été vérifiées dans les modèles à temps discret (par exemple, l'existence de ruptures conjugales suite au diagnostic VIH) : c'est que l'analyse de séquence ne permet pas de bien distinguer les effets de deux événements proches dans le temps, ici la migration et le diagnostic. En cela nous rejoignons le constat que l'analyse de séquence seule est insuffisante

pour l'inférence causale, bien qu'elle permette une exploration très riche et parlante des trajectoires de vie.

En revanche, les outils d'analyse de séquence permettent une véritable prise en compte des trajectoires atypiques, bien souvent invisibilisées dans des modèles statistiques sur lesquels ne sont commentés que les résultats statistiquement significatifs. En cela, la mise en lumière de trajectoires atypiques et leur description par l'approche des récits de vie à partir de la grille biographique permettent l'étude de phénomènes minoritaires. Cette analyse comprend bien sûr des limites, mais elle a permis d'illustrer comment certains parcours pouvaient être affectés par l'annonce de la maladie. En premier lieu les ruptures conjugales suite au diagnostic VIH sont probablement plus fréquentes lorsque les unions sont « fragiles » (couple récent, partenaires non cohabitants, polygamie). En second lieu, les ruptures d'activité suite au diagnostic VIH prennent place dans un contexte d'ensemble de « dégringolade » associée à la détérioration du bien-être dont la perte d'emploi est en quelque sorte l'aboutissement ; c'est ce qu'a confirmé la modélisation puisqu'il n'y a pas d'effet du diagnostic VIH en tant que tel sur l'activité. Enfin, le possible rôle de la réaction de l'entourage dans l'impact du diagnostic VIH sur le bien-être est apparu dans les parcours de vie.

Vers une utilisation du concept de résilience en sciences sociales

L'étude du bien-être et de son évolution après le diagnostic a permis de décrire un phénomène de résilience chez les personnes vivant avec le VIH. En effet, après une détérioration importante du bien-être, celui-ci s'améliore rapidement dans les années suivantes jusqu'à retrouver son niveau antérieur, voire un niveau supérieur. Ce phénomène est observé surtout chez les femmes et moins chez les hommes, ce que nous avons pu mettre en lien avec la participation plus importante des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne aux espaces associatifs communautaires qui sont autant de relais vers les institutions de soin et d'espaces d'identification avec une communauté, identification dont il a été montré dans d'autres contextes qu'elle favorise la résilience (Hopwood, Treloar, et Redsull 2006; Harris 2009).

Ainsi, nos résultats pointent vers de possibles développements futurs : en effet, la rencontre de l'approche du parcours de vie (*life course approach*) et de la sociologie de la santé pourrait contribuer à l'étude de la résilience en sciences sociales, autrement dit, l'étude de ce qui peut dans un parcours de vie constituer un facteur de protection ou à l'inverse un facteur de vulnérabilité face à un événement comme l'annonce d'une maladie chronique. Si en psychologie les facteurs de protection sont à chercher au niveau de l'histoire personnelle des

individus, les sciences sociales peuvent justement apporter une pierre à l'édifice en proposant de regarder du côté des facteurs sociaux (comme la participation genrée aux associations communautaires) pour expliquer une résilience plus ou moins importante. En un mot, être résilient n'est pas forcément à comprendre comme une caractéristique individuelle, mais bien comme le résultat de l'interaction d'un individu avec son environnement social.

L'amélioration de la prise en charge des migrants subsahariens vivant avec le VIH ou une hépatite B chronique

Une autre piste de réflexion ouverte par ce travail de thèse concerne la recherche interventionnelle et les possibles améliorations de la prise en charge médicale et sociale du VIH/sida et de l'hépatite B parmi les migrants subsahariens, améliorations qui sont de trois ordres.

Premièrement, nos analyses sont à mettre en perspective avec d'autres résultats de l'étude Parcours qui montrent qu'entre un tiers et la moitié des migrants subsahariens vivant avec le VIH en France se sont infectés après leur arrivée (Desgrées du Loû et al. 2015) et que ces infections sont plus fréquentes lorsque les personnes traversent des épisodes de précarité (Desgrées du Loû et al. 2016). Si comme nous le montrons, le processus d'installation est marqué par une grande précarité, et ce quel que soit le profil des migrants, cela signifie que les efforts de prévention doivent être redéployés non pas vers un groupe spécifique de migrants mais bien vers l'ensemble des migrants subsahariens qui arrivent en France. De plus, ces efforts de prévention doivent particulièrement prendre en compte les migrants qui sont depuis moins de six ans en France, puisque c'est pendant cette période, où ils ne sont pas encore installés, que se concentrent les épisodes de précarité.

Deuxièmement, la détérioration très importante du bien-être que l'on observe au moment du diagnostic VIH est sans doute à prendre en compte dans la prise en charge médicale et sociale des personnes nouvellement diagnostiquées. En particulier, les hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH n'ont pas la même fréquentation des espaces associatifs communautaires et ne connaissent pas le même processus de résilience que les femmes. Ces résultats plaident pour la mise en place d'actions visant à améliorer le bien-être des migrants en général, et des hommes en particulier, suite au diagnostic VIH.

Enfin, tous les efforts déployés dans le secteur de la santé pourraient atterrir si certains déterminants politiques et sociaux demeurent. D'une part, nous avons montré que les personnes détentrices d'un titre de séjour pour soins sont discriminées dans l'accès à la carte

de résident ou à la nationalité française. Or la précarité du séjour est un frein à l'accès aux droits ; un rapport récent du Défenseur des Droits déplore que la carte de résident soit devenue un titre de séjour « d'exception » et souligne la situation spécifique des étrangers malades qui se voient illégalement refuser l'accès à la carte de résident au motif qu'ils ont un titre de séjour pour soins (Le Défenseur des droits 2016). Ainsi, nos résultats plaident en faveur d'un titre de séjour plus pérenne pour les étrangers malades qui leur permette réellement de s'installer et d'envisager leur prise en charge médicale sur le long terme.

D'autre part, le durcissement des politiques d'immigration et le contexte économique défavorable laissent présager une dégradation durable des conditions de vie des migrants subsahariens en France. Au moment d'écrire cette thèse, ce constat est malheureusement renforcé par l'actualité et l'arrivée de nombreux migrants d'Afrique subsaharienne et d'ailleurs qui fuient les conflits dans leur pays, avec en parallèle un durcissement du discours politique sur l'accueil des étrangers en France et en Europe. Au vu du poids du contexte social dans les trajectoires de migrants malades, il semble qu'une meilleure prise en charge médicale et sociale passe aussi par un plaidoyer en faveur des droits des migrants et de manière générale pour des conditions d'accueil décentes pour ceux et celles qui cherchent une vie meilleure en France.

-
- Aassve, Arnstein, Francesco C. Billari, et Raffaella Piccareta. 2007. « Strings of Adulthood: A Sequence Analysis of Young British Women's Work-Family Trajectories ». *European Journal of Population* 23: 369-88.
- Abbott, Andrew, et John Forrest. 1986. « Optimal Matching Methods for Historical Sequences ». *Journal of Interdisciplinary History, The MIT Press* 16 (3): 471-94.
- AIDES. 2015. « Rapport de l'Observatoire Malades Etrangers. Droit au séjour pour soins ». Pantin. [En ligne] http://www.aides.org/sites/default/files/doc/RAPPORT%20EMA_AIDES%20web%20pages.1-5.pdf.
- Akresh, Ilana Redstone. 2008. « Occupational Trajectories of Legal US Immigrants: Downgrading and Recovery ». *Population and Development Review* 34 (3): 435-56.
- Anaut, Marie. 2012. *Résilience*. Editions: Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 328p.
- Andersson, Monique I, Ruma Rajbhandari, Michael C Kew, Sandro Vento, Wolfgang Preiser, Andy I. M. Hoepelman, Gerhard Theron, et al. 2015. « Mother-to-Child Transmission of Hepatitis B Virus in Sub-Saharan Africa: Time to Act ». *The Lancet Global Health* 3 (7): e358-59.
- Annequin, Margot, France Lert, Bruno Spire, et Rosemary Dray-Spira. 2015. « Has the Employment Status of People Living with HIV Changed since the Early 2000s? ». *AIDS* 29 (12): 1537-47.
- ANRS, et AFEF. 2014. « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. » Sous la direction de Daniel Dhumeaux. [En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf.
- Antoine, Philippe, et Eva Lelièvre. 2006. « Qui est flou: la temporalité, l'événement ou l'état? » In *Etats flous et trajectoires complexes. Observation, modélisation, interprétation* Méthodes et Savoirs n°5, Ined/CEPED, PUF, Paris.
- Baizán, Pau, Cris Beauchemin, et Amparo Gonzáles-Ferrer. 2014. « An Origin and Destination Perspective on family Reunification: The Case of Senegalese Couples ». *European Journal of Population* 30: 65-87.
- Bartley, Mel. 2003. *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Cambridge: Polity Press, 224p.
- Beauchemin, Cris, Catherine Borrel, et Corinne Régnard. 2015. « Hommes et femmes en migration: vers un rapprochement des profils et des trajectoires ». In *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France* (Beauchemin, Hamel & Simon Eds), Ined, Paris.
- Beauchemin, Cris, et Amparo González-Ferrier. 2011. « Sampling International Migrants with Origin-Based Snowballing Method: New Evidence on Biases and Limitations. » *Demographic Research* 25: 103-34.

- Beauchemin, Cris, Bertrand Lhommeau, et Patrick Simon. 2015. « Histoires migratoires et profils socioéconomiques ». In *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France* (Beauchemin, Hamel & Simon Eds), Ined, Paris.
- Bernardot, Marc. 2006. « Les foyers de travailleurs migrants à Paris. Voyage dans la chambre noire », *Hommes&Migrations*, 1264: 57-67.
- Bernardot, Marc. 2008. *Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006*. Collection Terra, Editions du Croquant, Broissieux, 296p.
- Bila, Blandine. 2011. « Différences de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso ». In *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud, Genre et accès universel à la prise en charge* (Desclaux, Msellati, Sow Eds), Collection Sciences Sociales et sida. Paris: ANRS.
- Billari, Francesco C. 2001. « Sequence Analysis in Demographic Research ». *Canadian Studies in Population* 28 (2 Special Issue on Longitudinal Methodology): 439-58.
- Block, Laura, et Saskia Bonjour. 2013. « Fortress Europe or Europe of Rights? The Europeanisation of Family Migration Policies in France, Germany and the Netherlands ». *European Journal of Migration and Law* 15 (2): 203-24.
- Bocquier, Philippe. 1996. *L'analyse des enquêtes biographiques à l'aide du logiciel STATA*. Documents et Manuels du Ceped n°4. CEPED, Paris, 208p.
- Bonvalet, Catherine, et Arnaud Bringé. 2010. « Les trajectoires socio-spatiales des Franciliens depuis leur départ de chez les parents ». *Temporalités*, 11 [En ligne]. <http://temporalites.revues.org/1205>.
- Brou, Hermann, Gérard Djohan, Renaud Becquet, Gérard Allou, Didier K Ekouevi, Ida Viho, Valérie Leroy, Annabel Desgrées-du-Loû, et ANRS 1201/1202/1253 Ditrane Plus Study Group. 2007. « When Do HIV-Infected Women Disclose Their HIV Status to Their Male Partner and Why? A Study in a PMTCT Programme, Abidjan ». *PLoS Med* 4 (12): e342. doi:10.1371/journal.pmed.0040342.
- Bury, Michael. 1982. « Chronic illness as a biographical disruption ». *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167-82.
- Castagnone, Eleonora, Tiziana Nazio, Laura Bartolini, et Bruno Schoumaker. 2014. « Understanding Transnational Labour Market Trajectories of African-European Migrants: Evidence from the MAFE Survey ». *International Migration Review* 49 (1): 200-231.
- Cazein, Françoise, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Roselyne Pinget, Stéphane Le Vu, Sylvie Brunet, Damien Thierry, et al. 2015. « Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 9-10.
- Chièze, François, Olivier Dierderichs, Marc Vernhes, et Renaud Fournalès. 2013. « Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades ». Inspection générale des affaires sociales : Inspection générale de l'administration. [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000201/0000.pdf>.
- Cohen, Myron S., Ying Q. Chen, Marybeth McCauley, Theresa Gamble, Mina C. Hosseinipour, Nagalingeswaran Kumarasamy, James G. Hakim, et al. 2011. « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy ». *New England Journal of Medicine* 365 (6): 493-505.

- Courgeau, Daniel. 1991. « Analyse des données biographiques erronées ». *Population* 46 (1): 89-104.
- Courgeau, Daniel, et Eva Lelièvre. 1989. « Analyse démographique des biographies. Présentation d'un Manuel de l'INED ». *Population* 44 (6): 1233-38.
- de Valk, Helga, Michael Windzio, Matthias Wingens, et Can Aybek. 2011. « Immigrant Settlement and the Life Course: An Exchange of Research Perspectives and Outlook for the Future ». In *A Life-Course Perspective on Migration and Integration*, Wingens et al (eds), Springer. New-York.
- Desclaux, Alice, S. Boye, K. Sow, et T. Ndoye. 2014. « Typologie de l'expérience des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au temps de la maladie chronique ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 107 (4): 244-245.
- Desgrées du Loû, Annabel, Eva Lelièvre, Maider Couillet, et France Lert. 2012. « Les immigrés subsahariens face au VIH: des situations contrastées ». *Working Paper du Ceped*, n°23, Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, 2012 [En ligne] <http://www.ceped.org/wp>
- Desgrées du Loû, Annabel, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, Virginie Supervie, Henri Panjo, Nathalie Bajos, France Lert, Nathalie Lydié, et Rosemary Dray-Spira. 2015. « Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. » *Eurosurveillance* 20 (46).
- Desgrées du Loû, Annabel, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Mireille Le Guen, Anne Gosselin, Henri Panjo, Nathalie Bajos, et al. 2016. « Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-saharan African Migrants in France. » *AIDS* 30: 645-56.
- Desgrées-du-Loû, Annabel, Hermann Brou, Annick Tijou Traore, Gerard Djohan, Renaud Becquet, et Valeriane Leroy. 2009. « From Prenatal HIV Testing of the Mother to Prevention of Sexual HIV Transmission within the Couple ». *Social Science & Medicine* 69 (6): 892-99.
- Dray-Spira, Rosemary. 2008. « L'emploi des femmes séropositives en France ». *M/S Femmes et sida hors série* (2): 176-83.
- Dray-Spira, Rosemary, Kayigan Wilson d'Almeida, Cindy Aubrière, Fabienne Marcellin, Bruno Spire, et le groupe VESPA2. 2013. « État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées ». In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire Numéro thématique « Vivre avec le VIH: premiers résultats de l'enquête ANRS - Vespa2 »*. Institut national de veille sanitaire.
- Dray-Spira, Rosemary, Virginie Gignozac, Nicolas Vignier, Julie Pannetier, Philippe Sogni, France Lert, Nathalie Bajos, Nathalie Lydié, Annabel Desgrées du Loû, et et le groupe PARCOURS. 2015. « Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 19-20 Institut national de veille sanitaire.
- Dray-Spira, Rosemary, France Lert, C. Marimoutou, A.-D. Bouhnik, et Y. Obadia. 2003. « Socio-Economic Conditions, Health Status and Employment among Persons Living with HIV/AIDS in France in 2001 ». *AIDS Care* 15 (6): 739-48.

- Dray-Spira, Rosemary, Bruno Spire, Isabelle Heard, France Lert, et VESPA Study Group. 2007. « Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from ANRS-EN12-VESPA study ». *AIDS* 21 (suppl): S5-12.
- Elzinga, Cees H., et Matthias Studer. 2015. « Spell Sequences, State Proximities, and Distance Metrics ». *Sociological Methods & Research* 44 (1): 3-47.
- Enel, Catherine. 2012. « Représentations des professionnels et dépistages des hépatites B et C chez les migrants: une étude qualitative en Côte d'Or ». *Santé Publique* 24 (4): 303-15.
- European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. 2014. « HIV/AIDS surveillance in Europe 2013 ». Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. [En ligne] <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>.
- Fakoya, Ibidun, Débora Álvarez-del Arco, Melvina Woode-Owusu, Susana Monge, Yaiza Rivero-Montesdeoca, Valerie Delpach, Brian Rice, et al. 2015. « A Systematic Review of Post-Migration Acquisition of HIV among Migrants from Countries with Generalised HIV Epidemics Living in Europe: Implications for Effectively Managing HIV Prevention Programmes and Policy ». *BMC Public Health* 15 (1): 561.
- Farmer, Paul. 2006. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Univ of California Press, 372p.
- Fassin, Didier. 2001. « Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida ». *L'Homme* 4 (160): 137-62.
- Fassin, Didier. 2002. « Sida, immigration et inégalités: nouvelles réalités, nouveaux enjeux ». In *Sida, immigration et inégalités*, ANRS, Paris.
- Fassin, Didier. 2004. « Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequality: How the Political Treatment of immigrants illuminates a French paradox ». In *Unhealthy health policy: A critical medical examination*, in A. Castro & M. Singer (Eds.), Altamira Press. Walnut Creek, CA.
- Fassin, Didier. 2005. *Faire de la santé publique*. Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 58p.
- Flahaux, Marie-Laurence, Cris Beauchemin, et Bruno Schoumaker. 2013. « Partir, revenir: un tableau des tendances migratoires congolaises et sénégalaises ». In *Migrations africaines: le codéveloppement en questions. Essai de démographie politique (Beauchemin, Kabbanji, Sakho et Shoumaker dir.)*, Armand Colin/Ined, Recherches, Paris.
- Gabadinho, Alexis, Gilbert Ritschard, Nicolas S. Müller, et Matthias Studer. 2011. « Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR ». *Journal of Statistical Software* 40 (4): 1-37.
- Gaillard, Philippe, Reinhilde Melis, Fabian Mwanyumba, Patricia Claeys, Esther Muigai, Kishorchandra Mandaliya, Job Bwayo, et Marleen Temmerman. 2002. « Vulnerability of women in an African setting: lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes ». *AIDS* 16 (6) 937-939.

- Gauthier, Jacques-Antoine, Eric D. Widmer, Philipp Bucher, et Cédric Notredame. 2010. « Multichannel sequence analysis applied to social science data ». *Sociological Methodology* 40: 1-38.
- Gerbier-Aublang, Marjorie. 2016. « Du care à l'agency : l'engagement associatif des femmes d'Afrique Subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France ». Thèse de doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris Descartes.
- Gerbier-Aublang, Marjorie, Anne Gosselin, et the Parcours Study Group. 2016. « Access to employment among African migrant women living with HIV in France: opportunities and constraints ». *Aids Care* 28 (8): 1058-61.
- Gisti. 2014. *Le regroupement familial*. Vol. 3e édition. Les cahiers juridiques.
- Glenn, Norval D. 2004. « Distinguishing Age, Period and Cohort Effects ». In *Handbook of the Life Course (Mortimer & Shanahan Eds.)*, Handbooks of Sociology and Social Research, Springer, New-York.
- Glynn Judith, Caraël Michel, Auvert Bertran, Kahindo Maina, Chage Jane, Musonda Rosemary, Kaona Frederick, Buvé Anne, the Study Group on the Heterogeneity of HIV epidemics in African cities. 2001. « Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia » *AIDS* (15)S51-S60.
- GRAB, Groupe de réflexion sur l'approche biographique. 1999. *Biographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques*, Méthodes et Savoirs n°3. Ined, PUF, Paris, 340p.
- GRAB, Groupe de réflexion sur l'approche biographique 2006. *Etats flous et trajectoires complexes, Observation, modélisation, interprétation*. Méthodes et Savoirs n°5. Ined, PUF, Paris, 301p.
- Harris, Magdalena. 2009. « Troubling biographical disruption: narratives of unconcern about hepatitis C diagnosis ». *Sociology of Health and Illness* 31 (7): 1028-42.
- Hopwood, Max, Carla Treloar, et Louise Redsull. 2006. « Experiences of hepatitis C treatment and its management, What some patients and professional say ». Monograph 4/2006. Sydney: National Center in HIV Social Research.
- INSEE, Studies. 2012. « Immigrés et descendants d'immigrés en France, édition 2012 ». Insee Collection « Insee -Références ». [En ligne] http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_g_Flot1_pop.pdf.
- Institut national de veille sanitaire. 2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique 20/21 Numéro thématique - Surveillance et prévention des hépatites B et C en France: bilan et perspectives*.
- Instruction de novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves*. 2011.
- Kempeneers, Marianne, Éva Lelièvre, et Catherine Bonvalet. 2007. « The Contribution of a Longitudinal Approach to Family Solidarity Surveys: Reflections on the Temporality of Exchanges ». *Canadian Studies in Population* 34 (1): 69-83.
- King, Thomas. 2013. « A framework for analysing social sequences ». *Quality & Quantity*, 47: 167-91.

- Kleinepiers, Tom, Helga A. G. de Valk, et Ruben Van Gaalen. 2015. « Life Paths of Migrants: A Sequence Analysis of Polish Migrants' Family Life Trajectories ». *European Journal of Population* 31 (2): 155-79.
- Kuh, Diana, et Yoav Ben-Shlomo, Ed. 2004. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press, 494p.
- Lahire, Bernard. 1995. *Tableaux de famille. Échecs et réussites scolaires en milieu populaire*. Gallimard-Le Seuil, Coll. Hautes Etudes, Paris, 298p.
- Larchanché, Stéphanie. 2012. « Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France ». *Social Science & Medicine*, Part Special Issue: Migration, « illegality », and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness, 74 (6): 858-63.
- Larsen, Christine, Corinne Pioche, Patrice Couzigou, Eslisabeth Delarocque-Astagneau, Cécile Brouard, Odile Gorla, Dominique Guyader, et al. 2010. « Decision to treat Hepatitis B in France in 2008-2009 ». Poster [En ligne] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7172
- Latcheva, Rossalina, et Barbara Herzog-Punzenberger. 2011. « Integration Trajectories: A Mixed Method Approach ». In *A Life-Course Perspective on Migration and Integration*, Wingens et al (eds), Springer, New-York.
- Le Coeur, Sophie, Wassana Im-Em, Suporn Koetsawang, et Eva Lelièvre. 2005. « Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande: l'apport de l'approche biographique ». *Population* 60 (4): 551-68.
- Le Coeur, Sophie, J. Collins Intira, Julie Pannetier, et Eva Lelièvre. 2009. « Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: Why do women have more and earlier access? » *Social Science & Medicine* 69: 846-53.
- Le Défenseur des droits. 2016. « Les droits fondamentaux des étrangers en France ». [Rapport en ligne] <http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/droits-etrangers-synthese.pdf>.
- Lelièvre, Eva, et Nicolas Robette. 2015. « Perceived Trajectories - A Quantitative Approach to Perceptions of Well-being ». *Bulletin of sociological methodology* 125 (1): 125-45.
- Lelièvre, Eva, François Roubaud, Christine Tichit, et Géraldine Vivier. 2006. « Données factuelles et perceptions, la place du flou dans l'observation et l'analyse ». In *Etats flous et trajectoires complexes. Observation, modélisation, interprétation*, Méthodes et Savoirs n°5. Ined, PUF, Paris.
- Lelièvre, Eva, et Géraldine Vivier. 2001. « Evaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif. L'enquête Biographies et entourage ». *Population* 56 (6).
- Lert, France. 2014. « Vivre avec le VIH dans les DOM: une exclusion sociale encore trop forte | Vih.org ». [En ligne] <http://vih.org/20140520/vivre-vih-dom-exclusion-sociale-encore-trop-forte/63746>.
- Lert, France, Margot Annequin, Laure Tron, Cindy Aubrière, Christine Hamelin, Bruno Spire, Rosemary Dray-Spira, et le groupe VESPA2. 2013. « Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 ». In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 2 juillet 2013 - Numéro thématique « Vivre avec le VIH: premiers résultats de l'enquête ANRS - Vespa2 »* 26/27. Institut national de veille sanitaire.

- Levi, Giovanni, et Olivier Christin. 1989. « Les usages de la biographie ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 44 (6): 1325-36.
- Levy, René, Paolo Ghisletta, Jean-Marie Le Goff, Dario Spini, et Eric Widmer. 2005. « Why Look at Life Courses in an Interdisciplinary Perspective? » In *Towards an interdisciplinary perspective on the life course* (Levy, Ghisletta, Le Goff, Spini & Widmer Eds), Advances in Life Course Research, Elsevier.
- Lot, Florence, Delphine Antoine, Corinne Pioche, Christine Larsen, Didier Che, Françoise Cazein, Caroline Semaille, et Christine Saura. 2012. « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France: le VIH, la tuberculose et l'hépatite B ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique 2-3-4* Institut national de veille sanitaire: 25-30.
- Lucas, Etienne, Françoise Cazein, Sylvie Brunet, Damien Thierry, Josiane Pillonel, Florence Lot, Roselyne Pinget, et al. 2012. « Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003: données de huit années de surveillance ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 46-47 Institut national de veille sanitaire: 533-37.
- Lydié, Nathalie, Ed. 2007. *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Editions Inpes.Coll. Etudes Santé, 188p.
- Lydié, Nathalie. 2008. « Les femmes africaines face au VIH/sida. Perception et gestion du risque ». *M/S Femmes et sida* hors série (2): 81-89.
- Marsicano, Elise. 2012. « Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France ». Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Humaines et Sociales, Université Paris Sud - Paris XI. [En ligne] <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00785964/document>.
- Marsicano, Elise, Rosemary Dray-Spira, France Lert, Cindy Aubrière, Bruno Spire, Christine Hamelin, et Vespa-2 study group. 2014. « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study ». *AIDS Care* 26 (Suppl 1): S97-106.
- Martinson, Francis E.A., Kristen A. Weigle, Rachel A. Royce, David J. Weber, Chirayat M. Suchindran, et Stanley M. Lemon. 1998. « Risk factors for horizontal transmission of hepatitis B Virus in a rural district in Ghana ». *Am J Epidemiology* 147 (5): 478-87.
- Mattoo, Aaditya, Ileana Cristina Neagu, et Çağlar Özden. 2008. « Brain waste? Educated immigrants in the US labor market ». *Journal of Development Economics* 87 (2): 255-69.
- Mazanderani, Fadhila, et Sara Paparini. 2015. « The stories we tell: Qualitative research interviews, talking technologies and the 'normalisation' of life with HIV ». *Social Science & Medicine* 131: 66-73.
- Mazuy, Magali, Magali Barbiery, et Hippolyte d'Albis. 2014. « Recent Demographic Trends in France : The Number of Marriages Continues to Decrease ». *Population* 69 (3): 313-63.
- Miranda, Adelina, Nouria Ouali, et Danièle Kergoat. 2011. « Les mobilisations des migrantes : un processus d'émancipation invisible ? » *Cahiers du Genre*, 51: 5-24.

- Musso, Sandrine. 2011. « Les Suds du Nord. Mobilisation de personnes originaires du Maghreb face à l'épidémie de sida en France. » In *In F. Eboko, F. Bourdier & C. Broqua (Eds.) Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise.*, IRD Editions, Marseille.
- Obucina, Ognjen. 2013. « Occupational trajectories and occupational cost among Senegalese immigrants in Europe ». *Demographic Research* 28 (19): 547-80.
- OFPPA. 2016. « Le statut de réfugié | OFPPA ». Consulté le 18 avril 2016. <https://www.ofppa.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>.
- Pannetier, Julie. 2012. « Stigmatisation associée au VIH en Thaïlande: une approche biographique ». Thèse de doctorat en Démographie, Paris: Université Paris Descartes.
- Pannetier, Julie, Nathalie Bajos, Rosemary Dray-Spira, Nathalie Lydié, France Lert, et Annabel Desgrées du Loû. 2014. « Les usages genrés du secret dans les maladies chroniques : les personnes originaires d'Afrique subsaharienne face à l'hépatite B et au VIH dans l'étude ANRS Parcours ». (communication orale) *Afravivh*, Montpellier.
- Pannetier, Julie, Eva Lelièvre, et Sophie Le Cœur. 2015. « HIV-related stigma experiences: Understanding gender disparities in Thailand ». *AIDS Care* 28 (2): 170-8.
- Parker, Richard, et Peter Aggleton. 2003. « HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action ». *Social Science & Medicine* 57 (1): 13-24.
- Peretti-Watel, Patrick, Bruno Spire, Marie-Ange Schiltz, A.D Bouhnik, Isabelle Heard, France Lert, Y. Obadia, et the Vespa Study Group. 2006. « Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: Evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients ». *Social Science & Medicine* 62 (10): 2420-33.
- Pierret, Janine. 1997. « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? » *Sciences sociales et santé* 15 (4): 97-120.
- Pierret, Janine. 2007. « An Analysis over Time (1990-2000) of the Experiences of Living with HIV ». *Social Science & Medicine* 65 (8): 1595-1605.
- Pilon, Marc, et Kokou Vignikin. 2006. *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*. Editions des Archives Contemporaines, Paris, 131p.
- « Plan National de Lutte Contre le VIH/Sida 2001-2004 ». 2001. [En ligne] <http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/planat.pdf>.
- Pourette, Dolorès. 2008. « Migratory Paths, Experiences of HIV/AIDS, and Sexuality: African Women living with HIV/AIDS in France ». *Feminist Economics* 14 (4): 149-81.
- Pourette, Dolorès. 2013. « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient ». *Santé Publique* 25 (5): 561-70.
- R Core Team. 2013. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, <http://www.R-project.org/>.
- Revault, Pascal. 2010. « De l'infection invisible à la solidarité ». *Maux d'Exil. Le Comede*, n° 29.

- Rice, Brian D., Jonathan Elford, Zheng Yin, et Valerie C. Delpech. 2012. « A New Method to Assign Country of HIV Infection among Heterosexuals Born Abroad and Diagnosed with HIV ». *AIDS* 26 (15): 1961-66.
- Robette, Nicolas. 2010. « The diversity of pathways to adulthood in France: evidence from a holistic approach ». *Advances in life course research* 15 (2-3): 89-96.
- Robette, Nicolas. 2011. *Explorer et décrire les parcours de vie, Les typologies de trajectoires*. Les Collections du CEPED, Les Clefs pour. CEPED, Paris.
- Rosen, Sydney, Bruce Larson, Alana Brennan, Lawrence Long, Matthew Fox, Constance Mongwenyana, Mpefe Ketlhapile, et Ian Sanne. 2010. « Economic Outcomes of Patients Receiving Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS in South Africa Are Sustained through Three Years on Treatment ». *PLOS ONE* 5 (9): e12731. doi:10.1371/journal.pone.0012731.
- Savignoni, Alexia, Florence Lot, Josiane Pillonel, et Anne Laporte. 1999. « Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Saint-Maurice.
- Scherer, Stefani. 2001. « Early Career Patterns: A Comparison of Great Britain and West Germany ». *European Sociological Review* 17 (2): 119-44.
- Schweitzer, Aparna, Johannes Horn, Rafael T Mikolajczyk, Gérard Krause, et Jödis J Ott. 2015. « Estimations of Worldwide Prevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection: A Systematic Review of Data Published between 1965 and 2013 ». *The Lancet* 386 (10003): 1546-55.
- Scrinzi, Francesca. 2013. *Genre, migrations et emplois domestiques en France et en Italie. Construction de la non-qualification et de l'altérité ethnique*. Editions Petra. Collection intersectionS, Paris, 214p.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Oxford University Press, 366p.
- Sen, Amartya. 2002. « Basic Education and Human Security ». UNICEF Background Paper, Kolkata. [En ligne]
http://www.hegoa.ehu.es/dossierra/seguridad/Basic_education_and_human_security.pdf.
- Simón, Hipólito, Raul Ramos, et Esteban Sanromá. 2014. « Immigrant Occupational Mobility: Longitudinal Evidence from Spain ». *European Journal of Population*, 30: 223-55.
- Simon, Patrick, Cris Beauchemin, et Christelle Hamel. 2015. « Introduction ». In *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France (Beauchemin, Hamel & Simon Eds)*, Ined. Paris.
- Solís, Patricio, et Francesco C. Billari. 2002. « Work lives amid social change and continuity: Occupational trajectories in Monterrey, Mexico ». *Max Planck Institute for Demographic Research, working paper WP 9*.
- South, Scott J., Kyle Crowder, et Erick Chavez. 2005. « Migration and Spatial Assimilation among U.S. Latinos: Classical versus Segmented Trajectories ». *Demography* 42 (3): 497-521.
- StataCorp. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP.

- Stovel, Katherine, et Marc Bolan. 2004. « Residential Trajectories Using Optimal Alignment to Reveal The Structure of Residential Mobility ». *Sociological Methods & Research* 32 (4): 598.
- Stovel, Katherine, Michael Savage, et Peter Bearman. 1996. « Ascription into Achievement: Models of Career Systems at Lloyds Bank, 1890-1970 ». *American Journal of Sociology* 102 (2): 358-99.
- Supervie, Virginie et Costagiola Dominique. 2013. «The spectrum of engagement in HIV Care in France: strengths and gaps ». *20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Atlanta, Etats-Unis.
- Tardieu, Marc. 2006. *Les Africains en France. De 1914 à nos jours*. Editions du Rocher. Gens d'ici et d'ailleurs, Monaco, 218p.
- Tchobanian, Robert, et Gérard Fabre. 2001. « Les tensions actuelles entre le VIH et l'emploi ». *Sciences sociales et santé* 19 (3): 43-68.
- Terray, Emmanuel. 1999. « Le travail des étrangers en situation irrégulière ou la délocalisation sur place ». In *Sans-papiers: l'archaïsme fatal*, Editions La Découverte et Syros. Paris.
- Thomas, W.I., et F. Znaniecki. 1918. *The polish peasant in Europe and America*. Urbana and Chicago. University of Illinois Press.
- Toma, Sorana, et Sophie Vause. 2011. « The role of kin and friends in male and female international mobility from Senegal and DR Congo ». *MAFE Working Paper 13*. [En ligne] http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22089/wp13_toma.vause_2011.fr.pdf
- Tsai, A.C., D.R. Bangsberg, M. Bwana, J.E. Haberer, E.A. Frongillo, C. Muzoora, E. Kumbakumba, P.W. Hunt, J.N. Martin, et SD. Weiser. 2013. « How does antiretroviral treatment attenuate the stigma of HIV? Evidence from a cohort study in rural Uganda. » *Aids Behaviour*, 17: 2725-31.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2014. « Global Statistics - Fact Sheet 2014 ». Geneva, Switzerland. [En ligne] http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf.
- Vause, Sophie. 2011. « Différences de genre en matière de mobilité professionnelle des migrants congolais (RDC) en Belgique ». *Espace populations sociétés* 2: 195-213.
- Veisse, Arnaud, Laure Wolmark, et Pascal Revault. 2012. « Santé mentale des migrants/étrangers: mieux caractériser pour mieux soigner ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3-4.
- Vickstrom, Erik. 2013. « The production and consequences of irregularity: Senegalese in France, Italy and Spain ». Thèse de Doctorat, Princeton University.
- Vickstrom, Erik. 2014. « Pathways into Irregular Status Among Senegalese Migrants in Europe ». *International Migration Review* 48 (4): 1062-99..
- Vignier, Nicolas, Olivier Bouchaud, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, Julie Pannetier, France Lert, Nathalie Bajos, Nathalie Lydié, Annabel Desgrées du Loû, et Rosemary Dray-Spira. 2016. « Accès à une couverture maladie parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France »(communication orale), *Afravivh*, Bruxelles, Belgique.

- WHO. 2015. « Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV ». [En ligne] <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/#>.
- Wiggins, Richard D., Christian Erzberger, Martin Hyde, Paul Higgs, et David Blane. 2007. « Optimal Matching Analysis Using Ideal Types to Describe the Lifecourse: An Illustration of How Histories of Work, Partnerships and Housing Relate to Quality of Life in Early Old Age ». *International Journal of Social Research Methodology* 10 (4): 259-78.
- Wu, Lawrence L. 2000. « Some comments on “Sequence analysis and optimal matching methods in sociology: Review and prospect” ». *Sociological methods and research* 29 (1): 41-64.
- Wu, Lawrence L. 2003. « Event History Models for Life Course Analysis ». In *Mortimer, J., Shanahan, M. (eds.) Handbook of the Life Course*. Handbooks of Sociology and Social Research, Springer, New-York.
- Yeni, Patrick. 2008. « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - 2008. Rapport 2008 Recommandations du groupe d'experts ». Réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Médecine-Sciences, Flammarion. [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000593.pdf>.

LISTE DES ANNEXES

A. Questionnaires médicaux de l'enquête Parcours.....	227
B. Grille biographique utilisée dans l'enquête Parcours.....	233
C. Liste des pays de naissance par région d'Afrique subsaharienne.....	243
D. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le logement.....	245
E. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur l'activité.....	247
F. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur les titres de séjour.....	249
G. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le couple.....	251
H. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le bien-être.....	253
I. Article : Access to employment among African migrant women living with HIV in France : opportunities and constraints (2016), <i>AIDS Care</i> 28(8) : 1058-1061.....	255
J. Article: «Migrants subsahariens: combien de temps leur faut-il pour s'installer en France? » (2016) <i>Population & Sociétés</i> 533 [en ligne] www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/migrants-subsahariens/	261
K. Article: «Understanding integration pathways in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey» <i>European Journal of Population</i> [en révision].....	267
L. Article: «Times Are Changing». The Impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan Migrants 'Lives in France» [soumis].....	301

Annexe A. Questionnaires médicaux de l'enquête Parcours

Étude « PARCOURS » - Questionnaire Médical – Centre de santé

Date : / / / / /

Sexe : Homme ☐ Femme ☐ Année de naissance : / / / /

Poids : (kg) / / / Taille (cm) : / / /

Nom ou tampon du médecin

Depuis quand ce(cette) patient(e) est-il(elle) suivi(e) dans ce Centre de santé ?

- ☐ C'est la première fois ☐ Depuis moins d'un an
☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Motif(s) de la consultation aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pathologie chronique ☐ Pathologie aiguë ☐ Accident ou traumatisme
☐ Examen de santé systématique ☐ Demande de certificat
☐ Contraception ou grossesse (y compris interruption volontaire de grossesse)
☐ Autres [Préciser] :

Quelle(s) pathologie(s) présente(nt) actuellement ce(cette) patient(e) ? (plusieurs réponses possibles)

- **Affections respiratoires**
☐ Asthme ou rhinite allergique ☐ Bronchite chronique (obstructive ou non)
☐ Infection des voies respiratoires supérieures ☐ Infection des voies respiratoires basses
- **Affections cardiovasculaires et métaboliques**
☐ Hypertension artérielle ☐ Dyslipidémie ☐ Obésité ou surpoids ☐ Diabète de type 1 ou 2
- **Troubles psychologiques et affections psychiatriques**
☐ Trouble anxieux et/ou dépressif ☐ Trouble du sommeil
- **Autres troubles ou affections**
☐ Maladie de la peau ☐ Problème génito-urinaire
☐ Suivi ou complications d'une grossesse ☐ Traumatisme, accident ou intoxication
☐ Troubles musculo-squelettiques ☐ Trouble endocrinien (y compris thyroïdien)
☐ Trouble digestif ☐ Trouble du système nerveux
☐ Autres [Préciser] :
- **Aucune pathologie** ☐

Ce patient est-il traité actuellement pour une ou plusieurs des affections suivantes ?

- ☐ Diabète de type 1 ou 2 ☐ Hypertension artérielle ☐ Maladie cardiovasculaire avérée
☐ Dépression ☐ Autres troubles psychologiques ou psychiatriques

Tuberculose

Antécédents de tuberculose ?

- ☐ Tuberculose active ou en cours de traitement
- ☐ Antécédent personnel de tuberculose guérie
- ☐ Aucun antécédent personnel de tuberculose
- ☐ Non renseigné

Infection VIH

Antécédents de sérologie VIH ?

- ☐ Non, jamais
- ☐ Oui, dans les 12 derniers mois
- ☐ Oui, mais il y a plus de 12 mois
- ☐ Non renseigné

Si oui, résultat de la dernière sérologie ?

- ☐ VIH+ (→ exclusion de l'étude ou changement de groupe)
- ☐ VIH-
- ☐ Non renseigné

Hépatite B

Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Non renseigné

Test de dépistage de l'hépatite B ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Non renseigné

↳ Statut vis-à-vis de l'hépatite B ? :

- ☐ Porteur chronique de l'hépatite B (antigène HBs positif)
 - ↳ Année de diagnostic : /__/__/__/__/ Non renseigné ☐
- ☐ Hépatite B guérie spontanément ou après traitement
(anticorps anti-HBs et anti-HBc positifs, antigène HBs négatif ou indéterminé)
- ☐ Statut indéterminé (anticorps anti-HBc positif isolé)
- ☐ Vacciné contre l'hépatite B et pas d'antécédent d'hépatite B
(anticorps anti-HBs positifs, anticorps anti-HBc négatifs)
- ☐ Pas d'antécédent d'hépatite B ni de vaccination contre l'hépatite B
(tous les antigènes et anticorps de la sérologie sont négatifs)

Hépatite C

Antécédent d'hépatite C ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- Non renseigné ☐

↳ Année de diagnostic : /__/__/__/__/ Non renseigné ☐

↳ Statut actuel ? ☐ Hépatite C chronique

- ☐ Hépatite C guérie spontanément ou après traitement
- ☐ Non renseigné

↳ Traitement : ☐ Non renseigné dans le dossier

- ☐ Aucun traitement
- ☐ Traitement en cours ou terminé depuis moins de 6 mois
- ☐ Traitement terminé depuis plus de 6 mois

↳ Résultat du traitement : ☐ succès ☐ échec

Identifiant Patient : coller ici l'étiquette portant le n° identifiant patient

Étude « PARCOURS » - Questionnaire Médical - Patient suivi pour infection VIH

Date : / / / / /

Sexe : Homme ☐ Femme ☐ Année de naissance : / / / /

Poids : (kg) / / / Taille (cm) : / / /

Nom ou tampon du médecin

Depuis quand ce(cette) patient(e) est-il(elle) suivi(e) dans ce service ?

- ☐ C'est la première fois ☐ Depuis moins d'un an
☐ Depuis 1 à 5 an(s) ☐ Depuis plus de 5 ans

Infection VIH

Date de diagnostic VIH-1 : Mois : / / Année : / / / /

Sous type viral : ☐ B ☐ Non B → préciser le sous type en clair :

CD4 lors du premier bilan connu

Date : CD4 (en nombre absolu/mm³) : Non renseigné ☐

Antécédents de pathologie classante Sida

- ☐ Oui
☛ Si oui, année du premier événement classant Sida : / / / / Non renseigné ☐
☐ Non

Traitement antirétroviral

- ☐ Traitement ARV en cours ☐ Traitement interrompu ☐ Patient naïf

Année du 1er traitement ARV / / / / Non renseigné ☐

CD4 lors de la mise sous ARV

Date : CD4 (en nombre absolu/mm³) : Non renseigné ☐

Charge virale VIH et CD4 lors du dernier bilan connu

- Date : Charge virale : ☐ Indétectable → Seuil de détection :
☐ Détectable → Valeur (en copies/ml ou log) :
☐ Non renseigné

Date : CD4 (en nombre absolu/mm³) : Non renseigné ☐

Hépatite B

Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non renseigné

Test de dépistage de l'hépatite B ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non renseigné

Statut vis-à-vis de l'hépatite B ? :

- ☐ Porteur chronique de l'hépatite B (antigène HBs positif)
 - ↳ Année de diagnostic : /___/___/___/___/ Non renseigné ☐
- ☐ Hépatite B guérie spontanément ou après traitement
(anticorps anti-HBs et anti-HBc positifs, antigène HBs négatif ou indéterminé)
- ☐ Statut indéterminé (anticorps anti-HBc positif isolé)
- ☐ Vacciné contre l'hépatite B et pas d'antécédent d'hépatite B
(anticorps anti-HBs positifs, anticorps anti-HBc négatifs)
- ☐ Pas d'antécédent d'hépatite B ni de vaccination contre l'hépatite B
(tous les antigènes et anticorps de la sérologie sont négatifs)

Hépatite C

Antécédent d'hépatite C ?

☐ Oui ☐ Non Non renseigné ☐

↳ Année de diagnostic : /___/___/___/___/ Non renseigné ☐

↳ Statut actuel ? ☐ Hépatite C chronique

☐ Hépatite C guérie spontanément ou après traitement

☐ Non renseigné

↳ Traitement : ☐ Non renseigné dans le dossier

☐ Aucun traitement

☐ Traitement en cours ou terminé depuis moins de 6 mois

☐ Traitement terminé depuis plus de 6 mois

↳ Résultat du traitement : ☐ succès ☐ échec

Tuberculose

Antécédents de tuberculose ?

- ☐ Tuberculose active ou en cours de traitement
- ☐ Antécédent personnel de tuberculose guérie
- ☐ Aucun antécédent personnel de tuberculose
- ☐ Non renseigné

Autres pathologies

Traitement en cours pour une ou plusieurs des affections suivantes ?

- ☐ Diabète de type 1 ou 2
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Maladie cardiovasculaire avérée
- ☐ Dépression
- ☐ Autres troubles psychologiques ou psychiatriques

Identifiant Patient : coller ici l'étiquette portant
le n° identifiant patient

Étude « PARCOURS » Questionnaire Médical - Patient suivi pour infection VHB chronique

Date : / / / / /

Sexe : Homme ☐ Femme ☐ Année de naissance : / / / / /

Poids : (kg) / / / Taille (cm) : / / /

Depuis quand ce(cette) patient(e) est-il(elle) suivi(e) dans ce service ?

- ☐ C'est la première fois ☐ Depuis moins d'un an
☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Nom ou tampon du médecin

Hépatite B

Date de diagnostic VHB (AgHBs positif depuis 6 mois) Année : / / / / /

1^{er} bilan connu Date :

Transaminases ALAT (**xN**) : Non renseigné ☐
ADN VHB en ui/ml ou en pg/ml : Non renseigné ☐
AcHBe : ☐ positif ☐ négatif AgHBe : ☐ positif ☐ négatif. Non renseigné ☐

Évaluation de la maladie

Ponction Biopsie Hépatique ou Fibroscan ou Fibrotest : ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, résultat score métavir A/F :oukPa - Année : / / / / /

Cirrhose (en cours ou ATCD) : ☐ Oui ☐ Non Cancer hépatique(en cours ou ATCD) : ☐ Oui ☐ Non

Année du 1^{er} traitement antiviral / / / / /

Traitement : ☐ Aucun traitement initié ☐ Traitement interrompu
☐ Traitement en cours ➔ **type de traitement** :

Résultats les plus récents Date :

Transaminases ALAT (**xN**) :Non renseigné ☐ ADN VHB (en ui/ml) :Non renseigné ☐

Infection VIH

Antécédents de sérologie VIH ?

☐ Non, jamais ☐ Oui, dans les 12 derniers mois ☐ Oui, mais il y a plus de 12 mois ☐ Non renseigné

Si oui, résultat de la dernière sérologie ?

☐ VIH+ ☐ VIH- ☐ Non renseigné

Hépatite C

Antécédents d'hépatite C : ☐ Oui ☐ Non ☐ Non renseigné

↳ Année de diagnostic : / / / / / Non renseigné ☐

↳ Statut actuel ? ☐ Hépatite C chronique
☐ Hépatite C guérie spontanément ou après traitement
☐ Non renseigné

↳ Traitement : ☐ Non renseigné dans le dossier ☐ Aucun traitement
☐ Traitement en cours ou terminé depuis moins de 6 mois
☐ Traitement terminé depuis plus de 6 mois
↳ **Résultat du traitement** : ☐ succès ☐ échec

Tuberculose

Antécédents de tuberculose ?

☐ Tuberculose active ou en cours de traitement ☐ Antécédent personnel de tuberculose guérie
☐ Aucun antécédent personnel de tuberculose ☐ Non renseigné

Autres pathologies

Traitement en cours pour une ou plusieurs des affections suivantes ?

☐ Diabète de type 1 ou 2 ☐ Hypertension artérielle ☐ Maladie cardiovasculaire avérée
☐ Dépression ☐ Autres troubles psychologiques ou psychiatriques

Annexe B. Grille biographique utilisée dans l'enquête Parcours

GRILLE BIOGRAPHIQUE

NOM DE L'ENQUETEUR :

N° DE L'ENQUETEUR : |_|_| |_|_|

N° D'INTER CAPI : |_|_| |_|_|

DATE DE L'ENTRETIEN : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

N° D'ANONYMAT : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

ANNÉES	ÂGES	1 - HISTORIQUE RESIDENTIEL						
		1.1 PAYS	Logement en France					
			1.2 DEPARTEMENT	1.3 Nature du logement		1.4 Instabilité résidentielle		
				1 - c'était votre propre logement 2 - vous étiez hébergé par votre famille 3 - vous étiez hébergé par d'autre personne de votre entourage 4 - autre à préciser		Cocher la colonne		
					Hébergé par des associations ou institutions	Hébergé chez des amis ou familles successifs	Il vous est arrivé de dormir dans un squat	Il vous est arrivé de dormir dans la rue
2012								
2011								
2010								
2009								
2008								
2007								
2006								
2005								
2004								
2003								
2002								
2001								
2000								
1999								
1998								
1997								
1996								
1995								
1994								
1993								
1992								
1991								
1990								
1989								
1988								
1987								
1986								
1985								
1984								
1983								
1982								
1981								
1980								
1979								
1978								
1977								
1976								
1975								
1974								
1973								
1972								
1971								
1970								
1969								
1968								
1967								
1966								
1965								
1964								
1963								
1962								
1961								
1960								
1959								
1958								
1957								
1956								
1955								
1954								
1953								

ANNÉES	9	10
	BIEN-ÊTRE	MOMENTS MARQUANTS
2012		
2011		
2010		
2009		
2008		
2007		
2006		
2005		
2004		
2003		
2002		
2001		
2000		
1999		
1998		
1997		
1996		
1995		
1994		
1993		
1992		
1991		
1990		
1989		
1988		
1987		
1986		
1985		
1984		
1983		
1982		
1981		
1980		
1979		
1978		
1977		
1976		
1975		
1974		
1973		
1972		
1971		
1970		
1969		
1968		
1967		
1966		
1965		
1964		
1963		
1962		
1961		
1960		
1959		
1958		
1957		
1956		
1955		
1954		
1953		

ANNÉES	3 - HISTOIRE DES RELATIONS			4 - GROSSESSES et ENFANTS			
	3.1 RELATIONS LONGUES (PLUS D'1 AN)	3.2 RELATIONS COURTES OU OCCASIONNELLES	3.3 RELATIONS CONTRAINTES OU PAYANTES	4.1 Enfants & Grossesses	4.2 Souhait d'enfant & grossesse	4.3 Au moment où la grossesse a débuté, Contraception	4.4 Où vit cet enfant actuellement ?
			1 - Transactionnelle (TRANSAC) Oui / Non / NR 2 - Payés (PAYÉS) Oui / Non / NR 3 - Recours prostitution (PAYANTS) Oui / Non / NR 4 - Rapport forcé (FORCÉS) Oui / Non / NR		1 - Vous ne vous posiez pas la question 2 - Pas du tout 3 - Vous vouliez un enfant mais plus tard 4 - Vous vouliez un enfant mais plus tôt 5 - Oui, à ce moment là 98 - Non réponse 99 - Ne sait plus	1. Oui 2. Non	1 - En France avec moi 2 - En France mais pas avec moi 3 - Au pays 4 - Dans un autre pays 5 - L'enfant est décédé 6 - Autre 98 - Non réponse 99 - Ne sait pas
2012							
2011							
2010							
2009							
2008							
2007							
2006							
2005							
2004							
2003							
2002							
2001							
2000							
1999							
1998							
1997							
1996							
1995							
1994							
1993							
1992							
1991							
1990							
1989							
1988							
1987							
1986							
1985							
1984							
1983							
1982							
1981							
1980							
1979							
1978							
1977							
1976							
1975							
1974							
1973							
1972							
1971							
1970							
1969							
1968							
1967							
1966							
1965							
1964							
1963							
1962							
1961							
1960							
1959							
1958							
1957							
1956							
1955							
1954							
1953							

ANNÉES	REMARQUES ET PRECISIONS
2012	
2011	
2010	
2009	
2008	
2007	
2006	
2005	
2004	
2003	
2002	
2001	
2000	
1999	
1998	
1997	
1996	
1995	
1994	
1993	
1992	
1991	
1990	
1989	
1988	
1987	
1986	
1985	
1984	
1983	
1982	
1981	
1980	
1979	
1978	
1977	
1976	
1975	
1974	
1973	
1972	
1971	
1970	
1969	
1968	
1967	
1966	
1965	
1964	
1963	
1962	
1961	
1960	
1959	
1958	
1957	
1956	
1955	
1954	
1953	

ANNÉES	5 TESTS DE DEPISTAGE		6 HISTOIRE DES MALADIES ET HOSPITALISATION	7 NATIONALITES & TITRES DE SEJOUR	8 PROTECTION MALADIE
	5.1 HEPATITE B	5.2 VIH			
2012					
2011					
2010					
2009					
2008					
2007					
2006					
2005					
2004					
2003					
2002					
2001					
2000					
1999					
1998					
1997					
1996					
1995					
1994					
1993					
1992					
1991					
1990					
1989					
1988					
1987					
1986					
1985					
1984					
1983					
1982					
1981					
1980					
1979					
1978					
1977					
1976					
1975					
1974					
1973					
1972					
1971					
1970					
1969					
1968					
1967					
1966					
1965					
1964					
1963					
1962					
1961					
1960					
1959					
1958					
1957					
1956					
1955					
1954					
1953					

ANNÉES	2. HISTORIQUE DES ACTIVITES			
	2.1 Que faisiez-vous...?	SI AU TRAVAIL		2.4 D'où venaient vos ressources? <i>(plusieurs codes possibles pour une même période)</i> 1 - de votre propre activité 2 - de l'activité de votre conjoint/partenaire 3 - d'activités d'autres membres de la famille 4 - d'allocations de l'état (allocation familiale, allocation de handicap ou invalidité...) : A préciser 5 - aucune ressource
		2.2 Etiez-vous : 1- Cadre 2 - Employé ou ouvrier 3 - Patron, employeur 4 - A son compte (sans salariés) 5 - Apprenti, stagiaire 6 - Aide familial	2.3 Activités en France Si salarié, Avez-vous sur la plus grande partie de la période : 1 - un CDI 2 - un CDD, Interim 3 - Pas de contrat	
2012				
2011				
2010				
2009				
2008				
2007				
2006				
2005				
2004				
2003				
2002				
2001				
2000				
1999				
1998				
1997				
1996				
1995				
1994				
1993				
1992				
1991				
1990				
1989				
1988				
1987				
1986				
1985				
1984				
1983				
1982				
1981				
1980				
1979				
1978				
1977				
1976				
1975				
1974				
1973				
1972				
1971				
1970				
1969				
1968				
1967				
1966				
1965				
1964				
1963				
1962				
1961				
1960				
1959				
1958				
1957				
1956				
1955				
1954				
1953				

Annexe C. Liste des pays de naissance par région d'Afrique subsaharienne

Afrique de l'Ouest	Bénin Burkina Faso Cap Vert Côte d'Ivoire Gambie Ghana Guinée Conakry Libéria Mali Mauritanie Niger Nigéria Sénégal Sierra Leone Togo
Afrique centrale	Angola Cameroun République du Congo (Brazzaville) Gabon République Centrafricaine République Démocratique du Congo Sao Tome et Principe Tchad
Afrique de l'Est et du Sud	Botswana Burundi Comores Djibouti Ethiopie Ile Maurice Kenya Madagascar Rwanda Soudan Tanzanie Zambie

Annexe D. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le logement

ENQ : A PARTIR DE L'ARRIVEE EN France, on s'intéresse aux logements où la personne a vécu plus d'un an (même à l'intérieur d'une même ville).

Les périodes de changement fréquent de logement (moins d'un an dans chaque logement) sont considérées comme période d'instabilité résidentielle.

Nous allons détailler ensemble les différents logements où vous avez vécu plus d'un an EN FRANCE? Certains de ces logements peuvent se trouver dans la même ville.

ENQ : Tracer une ligne pour marquer l'année d'arrivée en France

R0. Quand vous êtes arrivé(e) en France, avez-vous vécu plus d'un an dans un même logement ou avez-vous changé fréquemment de logement ?

ENQ : Si logement depuis plus d'un an, poser R1 à R5

ENQ : Si changement fréquent, poser R6

R1. Quand vous êtes arrivé(e) en France, le logement où vous habitiez était dans quel département ?

ENQ : Notez 1 (pour 1er logement) puis Nom du Département dans la colonne 1.2 (prévoir menu déroulant avec correspondances ville –département) : ex : 1 Loire-atlantique

R2. Quand vous vous êtes installé dans ce logement:

1- c'était votre propre logement ; 2- vous étiez hébergé par votre famille (avec ou sans participation financière) ; 3- vous étiez hébergé par d'autre(s) personne(s) de votre entourage (avec ou sans participation financière) ; 4- autre à préciser.

ENQ : Noter le code correspondant dans la colonne 1.3.

R3. Jusqu'à quand êtes-vous resté(e) dans ce logement ?

ENQ : Repérez l'année de changement de logement et tracez une flèche pour indiquer le temps passé dans le 1er logement.

R4. Et ensuite, avez-vous vécu plus d'un an dans un même logement ou avez-vous changé fréquemment de logement ?

ENQ : Si logement depuis plus d'un an, poser R5

ENQ : Si changement fréquent, poser R6

R5. Dans quel département se situait ce deuxième logement?

ENQ : Notez dans la colonne 1.2 : 2 (pour 2eme logement) Département ex : 2 Ile-et-Vilaine

ENQ : Si département de résidence identique au logement précédent, renoter le département

Poser les questions R2 à R5 jusqu'au logement actuel.

Pour les périodes de changement fréquent de logement, noter INSTABRESID dans la colonne 1.2 sur l'année où a commencé cette période. Tirer une flèche pour indiquer la durée de la période. Ne demander ni le département, ni la nature du logement et renseigner la colonne 1.4

R6. Pendant cette période où vous avez changé fréquemment de logement, vous est-il arrivé (cochez directement dans la colonne 1.4)

ENQ : Plusieurs réponses possibles :

* D'être hébergé par des associations ou institutions ?

* D'être hébergé successivement chez plusieurs amis ou membres de votre famille ?

* De dormir dans un squat ?

* De dormir dans la rue ?

Annexe E. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur l'activité

Nous allons maintenant parler de ce que vous avez fait depuis votre enfance : vos périodes d'étude, de formation professionnelle, de travail, vos périodes à la maison ou au chômage, etc. Parlons de celles qui ont duré au moins un an.

Notez les activités principales qui ont duré au moins 1 an (ou équivalentes à une année scolaire). Si sur une période, la personne a cumulé deux activités, noter son activité principale, et en remarque l'activité complémentaire. Indiquez, s'il y a lieu, les étapes plus courtes dans la colonne " Remarques et Précisions " : ex. 5 mois de chômage après licenciement.

SI LA PERSONNE A CHANGE FREQUEMMENT D'ACTIVITE (SUITE DE PETITS BOULOTS de moins d'un an...), noter « INSTABPROF » dans la colonne 2.1 sur l'année où a commencé cette période. Tirer une flèche pour indiquer la durée de la période.

A1. Que faisiez-vous quand vous aviez 6 ans ? Quelle était votre principale occupation ?

ENQ : Notez en toutes lettres l'occupation principale à 6 ans : " école ", " à la maison ", ... col2.1

Jusqu'à quand avez-vous continué à (*adapter*) aller à l'école / aider à la maison ... ?

ENQ : Repérez l'année de changement d'occupation et tracez une flèche jusqu'à la 2ème occupation. Col 2.1

Si la personne est allée à l'école, ne pas différencier les différents niveaux scolaires

A2. Et ensuite, qu'avez-vous fait ? Et jusqu'à quand ?

ENQ : Notez la nouvelle activité ou inactivité à l'année où elle commence et tracez une flèche jusqu'à la 3ème occupation. Col 2.1

S'IL S'AGIT D'UNE ACTIVITE (TRAVAIL) QUI A DURE AU MOINS UN AN : noter le code d'activité correspondant dans la colonne 2.2 :

A2BIS. Dans cette activité vous étiez ... ? 1- Cadre ; 2- Employé ou ouvrier ; 3 - Patron, employeur ; 4 -A son compte (sans salariés) ; 5-Apprenti, stagiaire ; 6 -Aide familial.

S'il s'agit d'une activité de travail en France, préciser en colonne 2.3 la nature du contrat :

A2TER. Qu'aviez-vous comme type de contrat ? 1- un CDI ; 2- un CDD intérim ; 3- Pas de contrat ;

ENQ : Noter le type de contrat à l'année où il commence et tracer une flèche jusqu'au prochain type de contrat

ENQ : Relance : Sur la plus grande partie de la période...

A2. Et ensuite, qu'avez-vous fait ? Et jusqu'à quand ?

ENQ : posez les questions A2 jusqu'à la situation actuelle

Annexe F. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur les titres de séjour

GRILLE : TITRES DE SEJOUR - COLONNE 7

La question des papiers peut jouer sur les possibilités que l'on a de vivre et de travailler dans un pays.

C'est pourquoi je voudrais essayer de retracer avec vous les différents types de papiers, titres de séjour, que vous avez pu avoir ou pas en vivant en France. Peut-on essayer de retracer cela ensemble ?

a. Quand vous êtes arrivé(e) en France, quel document administratif aviez-vous ?

ENQ : ECRIRE sur l'année correspondante à l'arrivée en France

Visa / pas de visa / pas besoin de visa / Autre => Préciser

ENQ : POSER LES QUESTIONS b à d JUSQU'À LA SITUATION ACTUELLE

b. Et ensuite quel type de document avez-vous eu ?

Autorisation provisoire de séjour ou récépissé : TS<1 an

Une carte de séjour temporaire : TS 1-3 ans

Une carte de résident : TS 10 ans

Pas de titre de séjour : Sans TS

Pas besoin de titre de séjour : Pas besoin TS

Autre => Préciser

c. Et ensuite votre situation a-t-elle changé ?

ENQ RELANCE : Si la situation n'a pas changé : " Actuellement, vous avez donc un ... "

ENQ : Si la situation a changé :

d. En quelle année a-t-elle changé ? Quel type de document avez-vous eu alors ?

ENQ : Tracer une flèche jusqu'à l'année de changement de document. Notez à l'année correspondante chaque nouveau type de document

Et ensuite, votre situation a-t-elle changé... ?

Valider pour la suite du questionnaire

Annexe G. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le couple

GRILLE : RELATIONS - COLONNE 3.1

* 1ère relation : Parlons de la première personne avec qui vous avez été pendant au moins un an.
Pouvez-vous me dire un prénom pour nous repérer ?
Avec "citer le prénom", quand est-ce que vous avez commencé à être ensemble ?

ENQ : Notez R (pour relation) puis le prénom de la personne dans la colonne 3.1 à l'année de début de la relation ex : R Claude.

Etes-vous toujours ensemble ?

Si non : Quand est-ce que cette relation s'est arrêtée ? Et comment s'est-elle achevée ?

ENQ : Repérez l'année de rupture de la relation et tracez une flèche jusqu'à la rupture

ENQ : Noter : S (séparation), D (divorce) ou DC (décès) + prénom de la PERSONNE à l'année de fin de la RELATION : ex " D Claude" à l'année du divorce avec Claude.

* 2ème relation : Avez-vous eu une autre relation de plus d'un an ?

ENQ : REPRENEZ de même pour chaque RELATION : début et fin (éventuelle) de la RELATION + tracer la flèche.

Rque : s'il y a deux relations avec des personnes ayant le même prénom, les différencier par un numéro d'ordre : Claude 2 pour le 2e claud

ENQ : REPORTER TOUTES REMARQUES ET PRECISIONS EN DERNIERE COLONNE (...)

[Pour chaque RELATION, la question suivante était posée] :

« Prénom » avait-il d'autres partenaires stables pendant votre relation ?

Oui

Non

Non-réponse

Ne sait pas

Annexe H. Extrait du questionnaire Parcours, questions sur le bien-être

GRILLE - BIEN-ETRE ET EVENEMENTS MARQUANTS - COLONNE 9

A présent, en vous aidant de la grille que nous avons remplie ensemble, pouvez-vous indiquer le découpage que vous feriez de votre vie :

1. D'un point de vue général, pourriez-vous découper votre vie en époques différentes selon que vous jugez ces périodes comme étant de très bonnes années, de bonnes années, ni bonnes ni mauvaises, des années difficiles, des années très difficiles

ENQ : Dans la colonne 9, repérez l'année de début de période ainsi que l'année de fin et tracez une flèche pour indiquer la durée de la période.

ENQ : A côté de la flèche, écrire :

"TB" si de très bonnes années

"B" si de bonnes années

"NN" si ni bonnes ni mauvaises

"D" si des années difficiles

"TD" si des années très difficiles

**Annexe I. Article : Access to employment among African migrant women living with HIV
in France : opportunities and constraints (2016), *AIDS Care* 28(8) : 1058-1061**

Access to employment among African migrant women living with HIV in France: opportunities and constraints

Marjorie Gerbier-Aublanc^a, Anne Gosselin^{a,b} and The PARCOURS Study Group[†]

^aCEPED, UMR 196 Université Paris-Descartes-Ird, Sorbonne Paris Cités, Paris, France; ^bNational Institute of Demographic Studies (INED), Paris, France

ABSTRACT

HIV in France particularly affects sub-Saharan migrants as they accounted for 31% of the new diagnoses in 2013. The objective of this study is to investigate the access to and the experience of employment among migrant women living with HIV in France. We use a mixed-method approach. The quantitative data come from the ANRS Parcours study, a life-event survey conducted in 2012–2013 in 70 health centres which collected year-by-year detailed information on living conditions about 755 sub-Saharan women migrants in the greater Paris region (470 with HIV and 285 without HIV). The qualitative data have been collected independently in the same region through socio-ethnographic observations and interviews conducted in 8 HIV-positive migrant organisations and among 35 women-members from 2011 to 2013. Two main results are noteworthy. First, being HIV-positive unexpectedly gives sub-Saharan migrant women a quicker access to employment thanks to the social support they find in migrant organisations: in the third year in France in median (versus 5th year among HIV-negative group). This effect of being HIV-positive on the access to employment remains all things being equal in a discrete-time logistic regression (aOR [95% CI] HIV+: 1.4[1.1;1.8]). Second, their employment situation remains strongly shaped by the racial division of work existing in France and they develop individual strategies to negotiate this constraint: for example, temporary jobs and working as health mediators. The type of jobs they find, mainly in the care sector, force them to carefully hide their HIV status because they fear discrimination at work. Not only migrant women endure structural discrimination in a segmented labour market, but they also anticipate HIV-related discrimination related to caring activities. Thus, the design and implementation of programmes that address stigma should consider structural discrimination to improve PLWHA's working experiences.

ARTICLE HISTORY

Received 28 September 2015
Accepted 29 March 2016

KEYWORDS

Sub-Saharan migrant women; employment; HIV+ migrant organisations; mixed method; France

Introduction

Sub-Saharan migrants are particularly affected by HIV in France, accounting for 31% of new diagnoses in 2013 (Cazein et al., 2015). HIV positivity can have serious consequences on migrants' access to employment.

The international literature on employment and HIV has focused on the obstacles for persons living with HIV (PLWHA) in obtaining employment and has identified psychosocial factors (Vitry-Henry, Penalba, Béguinot, & Deschamps, 1999), discrimination at work (Liu, Canada, Shi, & Corrigan, 2011; Marsicano, Dray-Spira, & Lert, 2014) and sociodemographic characteristics prior to HIV diagnosis (Brooks, Martin, Ortiz, & Veniegas, 2004; Dray-Spira, Lert, Marimoutou, Bouhnik, & Obadia, 2003) as important challenges. However, few studies have addressed the factors that affect PLWHA's access to employment. Although studies have noted that community-based organisations offer substantial support, particularly concerning women (De Souza, 2010), this topic has been poorly documented in Europe.

HIV-positive women have been shown to experience reduced access to employment in France compared with men. Sub-Saharan migrant women in particular reached an unemployment rate of 25% (Dray-Spira, 2008). However, to our knowledge, no studies have investigated whether these difficulties are linked to HIV status or whether this is a common situation for women migrants. The non-HIV-specific literature on gender, migration and employment insists on the occupational downgrading experienced by all migrants from southern countries upon their arrival in northern countries (Akresh, 2008; Obucina, 2013). Qualitative studies also describe a specific "migrant women labour market" that assigns these women to caring activities (assisting the elderly, providing childcare and being a housekeeper) according to "a racial and sexual division of work" (Puech, 2006; Scrinzi, 2013); however, the question of how being HIV-positive can shape migrant women's experiences with these jobs remains to be answered.

CONTACT Marjorie Gerbier-Aublanc  marjorie.gerbieraublanc@gmail.com  CEPED, Université Paris Descartes, 19 rue Jacob, 75006 Paris, France

[†]The members of the PARCOURS Study Group are listed in the acknowledgments.

© 2016 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

The objective of this study is to investigate the access to and the experience of employment among migrant women living with HIV in France. This paper aims to (i) describe the timing and determinants of women's first access to employment and explain the role that HIV-specific migrant organisations can play in this access and (ii) outline the strategies that women develop to circumvent their assignment to care jobs and to manage the disclosure of their HIV status at work.

Methods

This article draws on a mixed-methods approach. Both the quantitative and the qualitative studies took place in the same period (2011–2013) and region (greater Paris area), but they were managed separately.

Quantitative methods

A retrospective survey was conducted between February 2012 and May 2013 in health-care facilities among two randomly sampled groups of migrants from sub-Saharan Africa: a group living with HIV and a HIV-negative group. The complete survey protocol is registered on Clinical-trials.gov (NCT02566148), and the survey has been extensively described elsewhere (Desgrées du Loû et al., 2016). For all participants, detailed information on their sociodemographic characteristics, migration and life conditions in France year by year were anonymously collected. The ethical nature of the study was approved by the Advisory Committee for Data Processing in Health Research (CCTIRS) and by the National Commission on Informatics and Liberties (CNIL).

After excluding persons who arrived in France before 18 years of age and persons who migrated to France to study, our final sub-sample included 755 migrant women (470 HIV-positive and 285 HIV-negative).

Employment was defined as any activity, regardless of being official or stable, that provided financial autonomy for at least one year. To estimate the time it took for migrant women to access employment, we used Kaplan–Meier estimates and compared HIV-positive women to HIV-negative women. A time-discrete regression model was generated to identify the factors associated with this outcome (adjusting for circumstances of arrival: period, age, education and migration motive).

Qualitative methods

Qualitative data were collected from socio-ethnographic observations within eight HIV-positive migrant

organisations over 18 months from 2011 to 2013. We also conducted semi-structured interviews with 35 of their female members.

The interviews were recorded, when doing so was approved by the woman being interviewed, and transcribed verbatim. Identifying information was removed, and the women's names were changed to protect their anonymity. A thematic analysis of interviews was used to approach key issues (migration motives, circumstances of HIV diagnosis, family and professional situations before/after HIV infection and/or migration). Participant observations in particular allowed us to identify the different ways in which HIV migrant organisations supported their members in seeking employment and facilitating their occupational insertion. Field notes from the observations conducted in different organisations were put into perspective through comparative analysis.

Results

A quicker access to the labour market explained by a strong associative support

The population studied in the quantitative survey is described in Table 1. HIV-positive women migrants accessed employment during their third year in France, which was the median, versus their fifth year in the HIV-negative group (Table 2). Although the difference neared significance ($p < .11$), the multivariate analysis confirmed that being part of the HIV-positive group accelerated access to employment (aOR = 1.4 [1.1:1.9], see Table 3). Obtaining a legal permit for at least one year (often for health-care reasons for HIV-positive women) played a positive role in accessing employment (aOR = 1.4 [1.1:2.0]).

Our qualitative results showed that the quicker access to employment by HIV-positive women could be explained in part by the support received from migrant organisations. For instance, one organisation developed back-to-work projects – a sewing workshop and a hair-dressing salon – in which women could be employed for several months. This constitutes professional experience in France and enables access to official pay slips, which provide women the right to unemployment benefits. Most of the organisations offered workshops such as alphabetisation, resume and cover letter writing courses. Finally, these organisations provided social care, particularly for administrative and residential stabilisation, which may have accelerated women's opportunities to work in France, thus confirming the quantitative results concerning the association between documents and employment.

Table 1. Sociodemographic characteristics of ANRS PARCOURS women interviewees, aged 18 years or more at arrival, $N = 755$.

	Primary-care group $N = 285$		HIV group $N = 470$		p -value HIV vs. PY-CARE
	%pond	n	%pond	n	
Age					
18–34	26	88	17	86	< .000
35–44	25	84	50	229	
45–60	48	113	33	155	
Median (IQR)	44 [34–51]		41 [36–47]		
Age at arrival, median (IQR)	29 [24–35]		30 [25–35]		
Region of birth					
Western Africa	50	144	51	247	.940
Central Africa	48	133	46	213	
Eastern/Southern Africa	3	8	3	10	
Period of arrival					
Before 1996	28	59	19	88	.048
1996–2004	31	76	47	215	
2005–2011	41	150	34	167	
Conjugal status at arrival					
Alone	38	122	53	240	.012
Stable relationship in France	53	134	41	200	
Stable transnational relationship	9	29	6	30	
Migration motive					
Find a job/take a chance	27	93	41	192	.002
Family reasons	41	96	36	158	
Threatened in his/her country	25	75	11	56	
Study	2	6	3	18	
Medical reasons	5	15	9	44	
Educational level at arrival					
None/Primary	25	70	22	104	.703
Secondary	56	165	60	283	
Superior	18	50	18	83	

p -value of chi2 test.

Strategies to negotiate assignment to the care labour market and to manage disclosure of HIV status at work

The analysis of the qualitative data showed that an important challenge HIV-positive migrant women faced was occupational downgrading in France, as they were recruited for low-skilled caring jobs regardless of their professional skills. Migrant organisations tended to direct HIV-positive women to these professional fields because they were viewed as easier and quicker for finding employment.

Some of the women we met developed strategies to negotiate this occupational assignment. First, temporary work could be used to choose the “least bad” job. For

Table 2. Access to employment, according to the number of years spent in France, per study group (Kaplan–Meier medians ($N = 755$)).

	p value/ Pry care
Primary-care group	5 [2–8]
HIV group	3 [2–6] .11

p -value of the Cox-regression-based test between the Kaplan–Meier curves of HIV group versus Primary-care group.

Table 3. Factors for sub-Saharan women migrants’ access to employment, HIV or Primary care, $N = 755$ (discrete-time regressions, coefficients presented as odds ratios).

	aOR[95% CI]	p
Period of arrival (before 1996)		
1996–2004	1.0 [0.7;1.4]	.985
2005–2013	0.5 [0.3;0.8]	.002
Study group (ref. primary care)		
HIV	1.4 [1.1;1.9]	.007
Region of birth (ref. Western Africa)		
Central Africa	0.8 [0.6;1.0]	.057
Eastern and Southern Africa	1.0 [0.5;2.1]	.927
Age at arrival (ref. 18–27)		
28 +	0.9 [0.7;1.2]	.520
Educational level at arrival (ref none/primary)		
Secondary	1.5 [1.1;2.0]	.009
Superior	1.4 [0.9;2.3]	.179
Marital status at arrival (ref. alone)		
Long relationship in France	0.9 [0.6;1.2]	.363
Long transnational relationship	1.1 [0.7;1.7]	.724
Migration motive (ref. family reasons)		
Find a job/take a chance	1.8 [1.3;2.6]	.000
Threatened in his/her country	1.6 [1.0;2.5]	.049
Studies	1.7 [0.9;3.0]	.085
Medical reasons	0.9 [0.5;1.5]	.678
Already lived in France before		
Yes (ref. No)	0.8 [0.4;2.0]	.703
Has accessed to first own dwelling		
Yes (ref. No)	1.1 [0.8;1.6]	.570
Has accessed to first legal permit of at least 1 yr		
Yes (ref. No)	1.4 [1.1;2.0]	.033

instance, Honorine O., a former head-nurse who became a ward aide, preferred interim work because she could avoid working in retirement residences where she was expected to clean “poo and pee.” Another strategy was to be recruited as a health mediator in HIV organisations, which was a way of addressing the physical consequences of HIV, stigmatisation and professional downgrading and to obtain new skills that could be transferred to higher valued activities (e.g., hospital nurse or social worker).

Except for the associative workers, the women we met hid their HIV status from their colleagues or employers because they feared stigma and dismissal. They developed strategies to take their medications and explain working time arrangements. Some women utilised less stigmatised diseases such as cancer to justify a disabled work status, such as Claudette E.

[...] I began to lose weight. [...] I was still providing child care. The doctor told me, “No, Mrs. E., you have to stop working. You need to be hospitalised.” (...) Thus, I told the children I was caring for and their mummy that I had cancer [...] (59 years old woman, childcare, HIV-positive)

Working with the elderly and children involved moments of physical proximity, and the women strongly feared that unveiling their HIV status would jeopardise their employer’s confidence in them and make them lose their job.

Discussion

The difficulties HIV-positive women experienced in the labour market were a shared reality by all migrant women. Furthermore, HIV-positive migrant women found jobs more quickly than the HIV-negative women after adjusting for factors such as access to a residence permit. This quicker access was also due to the positive role played by migrant organisations, which specifically addressed HIV-positive migrant women's occupational insertion and challenges with structural factors (documents and housing). Indeed, HIV migrant organisations participated in the implementation of the guidelines for the "global care" of PLWHA. In France, HIV-negative migrant women did not benefit from that type of global support.

However, this collective support in finding a job did not address the racial division of work that exists in France, and sub-Saharan migrant women remained confined to certain sectors. Furthermore, our mixed-methods approach indicated the importance of questioning how HIV-positive migrant women experience employment. More than enacted stigma, HIV-positive migrant women reported felt stigma at work, which has been identified as a continued challenge for women living with HIV (Lekas, Siegel, & Schrimshaw, 2006) and one that shapes their personal experience with caring activities. Not only migrant women endure structural discrimination in a segmented labour market, but they also anticipate HIV-related discrimination related to caring activities. Thus, the design and implementation of programmes that address stigma should consider structural discrimination to improve PLWHA's working experiences.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the persons who participated in the ANRS Parcours Survey, the RAAC-Sida, COMEDE, FORIM and SOS hepatitis associations for their support in preparing and conducting the survey, G. Vivier, E. Lelièvre (INED) and A. Gervais (AP-HP) for their support in preparing the questionnaire, H. Panjo for statistical support, A. Guillaume for communication tools, the ClinSearch and Ipsos societies for data collection, and staff at all participating centres.

This article is the result of a mixed-method approach. The two authors (Marjorie Gerbier-Aublanc and Anne Gosselin) contributed equally to the study and should be both considered as "co-first" authors.

The PARCOURS Study Group included A Desgrées du Loû, F Lert, R Dray Spira, N Bajos, N Lydié (scientific coordinators), J Pannetier, A Ravalihasy, A Gosselin, E Rodary, D Pourrette, J Situ, P Revault, P Sogni, J Gelly, Y Le Strat, N Razafindratsima.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

The ANRS Parcours Survey was supported by the French National Agency for research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS) and the General Direction of Health (DGS, French Ministry of Health). The quantitative study was supported by the French National Agency for research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS), under a doctoral grant. The qualitative part of this work was supported by Sidaction and the Fonds de Dotation Pierre Bergé, in the form of a doctoral grant.

References

- Akresh, I. R. (2008). Occupational trajectories of legal US immigrants: Downgrading and recovery. *Population and Development Review*, 34(3), 435–456.
- Brooks, R. A., Martin, D. J., Ortiz, D. J., & Veniegas, R. C. (2004). Perceived barriers to employment among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 16(6), 756–766.
- Cazein, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Pinget, R., Le Vu, S., Brunet, S., ... Lot, F. (2015). Découvertes de séropositivité VIH et Sida – France 2003–2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (9–10), 152–161.
- Desgrées du Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., ... the Parcours Study Group. (2016). Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*, 30(4), 645–656.
- De Souza, R. (2010). Women living with HIV: Stories of powerlessness and agency. *Women's Studies International Forum*, 33(3), 244–252.
- Dray-Spira, R. (2008). L'emploi des femmes séropositives en France. *Médecine/Sciences*, 24, 176–183.
- Dray-Spira, R., Lert, F., Marimoutou, C., Bouhnik, A. D., & Obadia, Y. (2003). Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001. *AIDS Care*, 15(6), 739–748.
- Lekas, H. M., Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2006). Continuities and discontinuities in the experiences of felt and enacted Stigma among women with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1165–1190.
- Liu, Y., Canada, K., Shi, K., & Corrigan, P. (2011). HIV-related stigma acting as predictors of unemployment of people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 24(1), 129–135.
- Marsicano, É., Dray-Spira, R., & Lert, F. (2014). Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine. *Population & Sociétés*, 4(516), 33–66.
- Obucina, O. (2013). Occupational trajectories and occupational cost among Senegalese immigrants in Europe. *Demographic Research*, 28, 547–580.
- Puech, I. (2006). Femmes et immigrées : Corvéables à merci. *Travail, Genre et Sociétés*, 16(2), 39–51.
- Scrinzi, F. (2013). *Genre, migrations et emplois domestiques en France et en Italie construction de la non-qualification et de l'altérité ethnique*. Paris: Pétra.
- Vitry-Henry, L., Penalba, C., Béguinot, I., & Deschamps, F. (1999). Relationships between work and HIV/AIDS status. *Occupational Medicine*, 49(2), 115–116.

Annexe J. Article: “Migrants subsahariens: combien de temps leur faut-il pour s’installer en France?” (2016) *Population & Sociétés* | 533



Population & Sociétés

English
Version

Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ?

Anne Gosselin^{*,**}, Annabel Desgrées du Loû^{*,*}, Eva Lelièvre^{**}, France Lert^{**},
Rosemary Dray-Spira^{***,†}, Nathalie Lydié^{**} pour le groupe de l'enquête *Parcours*⁽¹⁾

Alors que l'accueil des réfugiés devient un enjeu crucial en Europe, on est peu renseigné sur le processus d'installation des migrants. Utilisant l'enquête *Parcours*, Anne Gosselin et ses collègues ont estimé le temps nécessaire aux migrants originaires d'Afrique subsaharienne pour obtenir un titre de séjour, trouver un logement et avoir un travail une fois arrivés en France.

Que sait-on du processus d'installation des migrants, notamment du temps qu'ils mettent à acquérir un titre de séjour, trouver un logement, mais aussi un travail, besoins de base pour un nouvel arrivant ? L'enquête *Parcours* (encadré 1), qui porte sur la migration et la santé, a recueilli des informations détaillées sur les trajectoires de migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Son objectif est de fournir des réponses aux questions de santé publique qui se posent de manière particulière dans cette population. Elle permet notamment de décrire les situations vécues chaque année à partir de la date d'arrivée en France des migrants, et ainsi d'étudier leur processus d'installation en analysant le temps nécessaire pour accéder à un logement personnel, à un titre de séjour d'au moins un an et à une activité qui leur permet de subvenir à leurs besoins, ainsi que l'ordre dans lequel ils y parviennent (encadré 2).

Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 13 % du total des immigrés vivant en France en 2011, ce qui correspond environ à 800 000 personnes [1]. Leurs conditions de vie socioéconomiques ne sont pas bonnes en général : selon l'Insee, en 2010, 42 % vivaient au-dessous du seuil de pauvreté, contre 11 % pour les personnes vivant dans des ménages sans immigré [2]. Ils sont particulièrement touchés par le chômage (16 % des hommes et 20 % des femmes, contre respectivement 7 % et 6 % parmi la population non immigrée en 2010) [1]. Ces difficultés sont-elles circonscrites au moment de l'arrivée en France ou bien s'inscrivent-elles dans la durée ?

À l'arrivée en France, des situations d'insécurité fréquentes

Les personnes interrogées lors de l'enquête *Parcours* de 2012-2013 sont arrivées entre 1972 et 2013. Elles sont originaires de toutes les régions d'Afrique subsaharienne, avec cependant une concentration sur sept pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale : Cameroun, République démocratique du Congo, Guinée, Côte d'Ivoire, Mali, République du Congo (Brazzaville) et Sénégal.

Les motifs de migration recueillis dans l'enquête sont, par fréquence décroissante : chercher un travail et une vie meilleure (« tenter sa chance »), rejoindre un membre de sa

* CEPED, UMR 196 Université Paris Descartes-IRD

** Institut National d'Études Démographiques (Ined)

• Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

•• Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)

• Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMR 1136)

•• Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

(1) Voir encadré 1 page 2.

famille, avoir quitté son pays car on y était menacé(e), poursuivre des études, être venu(e) pour des raisons médicales. Ils diffèrent entre hommes et femmes : 45 % des hommes et 23 % des femmes déclarent être venus pour « tenter leur chance », 12 % des hommes et 45 % des femmes sont venus pour rejoindre de la famille ou un conjoint, 19 % des hommes et 13 % des femmes sont venus pour faire des études en France, et 22 % des hommes et 16 % des femmes ont fui leur pays car ils se sentaient menacés. Bien entendu,

Encadré 1. L'enquête *Parcours* : une étude sur le VIH, l'hépatite B et la santé dans les parcours de vie de migrants subsahariens vivant en Île-de-France^(a)

L'enquête ANRS *Parcours*^(b) a été conduite entre février 2012 et mai 2013 dans 74 structures de santé d'Île-de-France. Elle a interrogé un échantillon représentatif de trois groupes de migrants originaires d'Afrique subsaharienne : un groupe vivant avec le VIH, un groupe de porteurs d'une hépatite B chronique et un groupe n'ayant aucune de ces deux pathologies et recruté dans des centres de santé de médecine générale (dont certains dédiés aux personnes précaires). C'est sur ce dernier groupe que porte l'étude de la dynamique d'installation présentée dans cet article.

Étaient éligibles pour ce groupe les personnes âgées de 18 à 59 ans résidant en Île-de-France et nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et de nationalité de l'un de ces pays à la naissance, quelle que soit la nationalité au moment de l'enquête. L'enquête était proposée aux personnes éligibles par le médecin au cours de la consultation. L'entretien était réalisé par un enquêteur spécialisé, soit à l'issue de la consultation médicale, soit sur rendez-vous. Toutes les informations ont été recueillies de façon anonyme.

L'analyse porte ici sur les parcours de vie de 513 personnes originaires d'Afrique subsaharienne arrivées entre 1972 et 2011 à 18 ans et plus et qui sont représentatives des personnes consultant dans les centres de santé généralistes d'Île-de-France, ouverts à tous quelle que soit la situation par rapport au titre de séjour. Les histoires de vie ont été recueillies au moyen d'une grille biographique couplée à un questionnaire, de façon à dater les différents événements et situations de vie de façon fine et à les ordonner correctement [7]. Comme 60 % des migrants subsahariens de France vivent en Île-de-France, cette enquête renseigne sur la situation de la grande majorité des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France.

Pour plus d'information consulter le site
www.parcours-sante-migration.com

(a) Le groupe *Parcours* est composé de A. Desgrées du Loû, F. Lert, R. Dray Spira, N. Bajos, N. Lydié (responsables scientifiques), J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, E. Rodary, D. Porette, J. Situ, P. Revault, P. Sogni, J. Gelly, Y. Le Strat, N. Razafindratsima.

(b) ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

(1) Sont définies dans l'enquête les périodes de « petits boulots » comme les années pendant lesquelles la personne déclare avoir changé fréquemment de travail. Ces petits boulots peuvent être déclarés ou non. Ils constituent un marqueur de grande précarité professionnelle. Cependant d'autres formes de précarité peuvent exister, comme l'interim, qui ne sont pas prises en compte par cet indicateur.

à l'instar de toutes les enquêtes conduites dans le pays d'arrivée, seuls les migrants présents peuvent être enquêtés, et manquent tous ceux qui sont repartis.

Pour beaucoup, l'arrivée est un moment d'insécurité juridique puisque 79 % des hommes et 73 % des femmes ont déclaré être dans une situation de précarité administrative lors de leur première année en France (autorisation de séjour seulement pour quelques mois à faire renouveler fréquemment, simple récépissé de demande de titre, pas de titre de séjour). Durant cette première année en France, 22 % des hommes et 12 % des femmes ont dû changer fréquemment de logement [3].

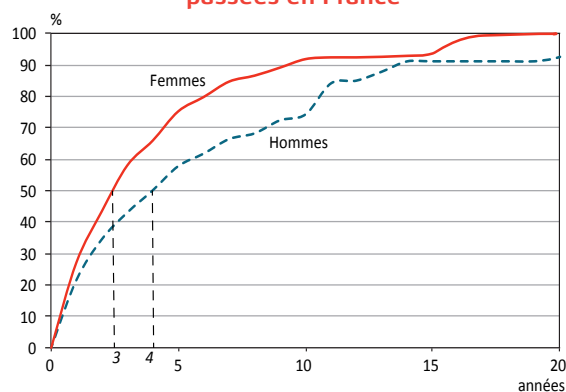
Une insécurité qui dure plusieurs années

La moitié des femmes n'ont accédé à un premier titre de séjour d'au moins un an que lors de la troisième année de leur séjour en France, et la moitié des hommes seulement lors de la quatrième année (figure 1). L'accès à un logement personnel a été un peu plus rapide : lors de la deuxième année pour 50 % des femmes et lors de la troisième année pour 50 % des hommes. Enfin, pour accéder à une activité génératrice de revenu, il a fallu attendre la quatrième année pour 50 % des femmes tandis que la moitié des hommes y accède dès la deuxième année.

Pour que ces trois éléments – logement, titre de séjour d'au moins un an et travail rémunéré – soient acquis pour au moins 50 % des personnes, il faut attendre la sixième année de séjour en France pour les femmes et la septième pour les hommes (figure 2). Ces personnes sont arrivées en France à un âge médian de 27 ans, cette longue période d'installation prend donc place au cœur de leur vie d'adulte. Les migrants venus d'Afrique subsaharienne vivent ainsi pendant une période particulièrement longue après leur arrivée en France, à un moment de construction de leurs vies familiales et professionnelles, une situation d'insécurité : soit parce qu'ils n'ont pas de titre de séjour pérenne, soit parce qu'ils n'ont pas leur propre logement, soit parce qu'ils n'ont pas de revenus. Un quart des femmes et un quart des hommes n'ont toujours pas obtenu ces éléments de base au bout respectivement de la onzième et de la douzième année en France.

Cette longue période de précarité n'est pas circonscrite à certaines catégories de migrants. On la retrouve chez tous les migrants d'Afrique subsaharienne quel que soit leur profil, à quelques nuances près [3]. Les hommes les plus instruits s'installent un peu plus rapidement que les autres, ainsi que les femmes venues pour chercher du travail ou étudier, par rapport à celles venues dans le cadre du regroupement familial. La durée de l'installation varie aussi selon le moment de l'arrivée en France : pour les femmes, l'accès au logement personnel apparaît de plus en plus tardif : la moitié des femmes arrivées avant 1996 ont obtenu un logement personnel la première année, la moitié des femmes arrivées entre 1996 et 2004 au bout de la troisième année et celles arrivées

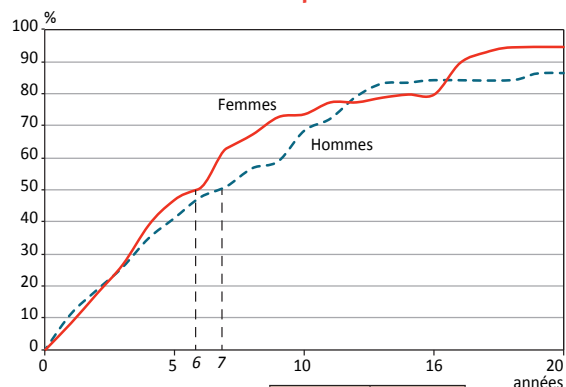
Figure 1. Proportion de migrants ayant un titre de séjour d'au moins un an selon le nombre d'années passées en France



	Hommes	Femmes
Médiane de Kaplan Meier [Intervalle inter quartiles : 25%-75%]	4 [2-11]	3 [1-5]

Source : Enquête ANRS *Parcours* 2012-2013.

Figure 2. Proportion de migrants installés* selon le nombre d'années passées en France



	Hommes	Femmes
Médiane de Kaplan Meier [Intervalle inter quartiles : 25%-75%]	7 [3-12]	6 [3-11]

Source : Enquête ANRS *Parcours* 2012-2013.

* Ayant un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et une activité génératrice de revenus propres. Les personnes venues en France pour faire des études ne sont pas incluses dans cet indicateur synthétique. Elles ont fait l'objet d'une analyse spécifique.

après 2004 au bout de la cinquième année seulement (valeur médiane). Du côté des hommes, c'est l'accès à l'activité génératrice de revenus propres qui prend de plus en plus de temps (un, deux et quatre ans en valeur médiane respectivement pour les trois périodes).

Des séquences d'installation différentes pour les hommes et pour les femmes

La séquence d'installation diffère aussi selon le sexe : alors que les hommes entament leur processus d'installation par le travail, les femmes, plus souvent venues pour rejoindre un conjoint ou de la famille, débutent le leur par l'accès à un logement personnel puis par l'accès au titre de séjour.

Le mode d'accès au travail et au logement varie

aussi entre hommes et femmes en raison de cette logique d'installation différenciée. Pour 35 % des hommes, l'accès au travail passe par le biais de « petits boulots » précaires⁽¹⁾. Pour près d'un quart d'entre eux, cette période de petits boulots dure plus d'une dizaine d'années. Concernant le logement, un quart des hommes accèdent à un logement personnel en commençant par une chambre dans un foyer de travailleurs, qui constitue un mode d'installation à part entière [4]. Les femmes sont moins nombreuses à devoir commencer par une phase de petits boulots (20 % parmi celles qui accèdent finalement à un emploi). Le passage par un foyer ne concerne que 7 % d'entre elles et elles y restent moins longtemps que les hommes (la médiane est de sept ans pour les hommes, deux ans pour les femmes).

Les migrants d'Afrique subsaharienne, après de longues années de « galère », sortent donc de l'insécurité, mais bien souvent au prix de la participation à un marché du travail précaire et à l'habitat en foyer pour les hommes.

Cependant, les différences entre hommes et femmes évoluent. Bien que la migration d'Afrique subsaharienne ait été dans les années 1970 une migration de travail principalement masculine, suivie d'une arrivée des femmes dans le cadre du regroupement familial dans les années 1980, les politiques d'immigration ont ensuite considérablement durci les conditions de ce regroupement familial. Des études précédentes ont montré que les migrations féminines sont de plus en plus, à l'instar de celles des hommes, des migrations de travail. Les femmes partent seules vers la France en laissant leur conjoint au pays ou en étant célibataires. Cette immigration subsaharienne s'est d'ailleurs largement féminisée au cours du temps : en 2008, les femmes représentent la majorité des immigrés originaires d'Afrique sahélienne, guinéenne et centrale [5]. C'est également le cas dans l'enquête *Parcours*, où 57 % des enquêtés sont des femmes. Cependant, les femmes arrivées à partir de 2005 ont un profil migratoire très particulier. Il s'agit plus souvent de femmes qui ont dû fuir leur pays : celles-ci représentaient 13 % des femmes arrivées avant 2005, elles sont 23 % des femmes arrivées entre 2005 et 2013. Parallèlement, la proportion de femmes venues dans le cadre du regroupement familial a diminué, passant de 49 % avant 2005 à 34 % pour la période 2005-2013, tandis que la proportion de femmes venues « tenter leur chance » reste stable entre les deux périodes et représente 23 % des femmes.

Les étudiants : une voie d'installation particulière

Parmi les migrants subsahariens, 16 % des hommes et 24 % des femmes ont suivi des études supérieures à leur arrivée en France. Logiquement, ces migrants venus pour étudier ont exercé une activité rémunératrice un peu plus

Encadré 2. Mesurer la dynamique d'installation

Le questionnaire de l'enquête *Parcours* permet de retracer l'ensemble des trajectoires résidentielles, administratives et professionnelles des enquêtés. Nous définissons l'installation comme le fait d'obtenir un minimum de sécurité : avoir un toit à soi, pouvoir aller et venir sans peur d'être contrôlé(e), et pouvoir subvenir à ses besoins. Nous proposons donc les indicateurs suivants pour mesurer la dynamique de l'installation :

- *Le temps mis pour accéder à un premier logement personnel* : Un logement où l'on ne dépend pas de la volonté d'un tiers (hébergement) ou des aléas des hébergements d'urgence (hébergement associatif, changements fréquents de logements), quel que soit le statut d'occupation (propriétaire, locataire etc).

- *Le temps mis pour accéder au premier titre de séjour d'au moins un an* : Un titre de séjour qui non seulement lève le risque d'être interpellé lors d'un contrôle, mais qui le plus souvent donne aussi le droit aux personnes de travailler (contrairement à certaines autorisations de séjour plus courtes).

- *Le temps mis pour exercer une première activité professionnelle, qu'elle soit déclarée ou non, qui permet de subvenir à ses besoins* (selon la déclaration des enquêtés, à qui on demandait rétrospectivement d'indiquer, pour chaque année, si leur activité leur permettait ou non de subvenir à leurs propres besoins).

Nous mesurons ensuite le temps nécessaire pour obtenir ces trois éléments d'installation (indicateur combiné).

tard que les autres : pour la moitié de ces étudiants, les études ont duré au moins quatre ans après l'arrivée en France, et ils ont eu accès à une activité génératrice de revenus au bout de la cinquième année en France. Parallèlement, les étudiants ont un accès plus rapide au logement que les autres migrants (au cours de la deuxième année pour les hommes et de la première pour les femmes) et au titre de séjour d'au moins un an (première année pour les deux sexes). Les études supérieures constituent bien une voie d'installation en France, en particulier pour les femmes.

Six à sept ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments d'installation que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et un travail. Au bout de onze à douze ans, un quart d'entre eux ne les ont toujours pas. Cette longue période de précarité après l'arrivée en France tient plus aux conditions d'accueil (longueur du processus de régularisation, marché du travail segmenté, discriminations [6]) qu'aux caractéristiques individuelles des arrivants. Le processus

d'installation passe par le logement en foyer et par l'emploi dans les secteurs les plus marginaux du marché du travail. La situation des migrants subsahariens finit par se stabiliser, mais pour beaucoup d'entre eux, c'est au prix du passage par une longue période d'insécurité. Cela n'est pas sans conséquence sur la suite de leur vie en France et celle de leurs enfants, car cette précarité peut retentir sur leur santé à long terme et sur les études de la deuxième génération [6].

Références

[1] Insee, 2011, « Étrangers/Immigrés - Séries issues des recensements de la population - RP2011 ».

[2] Insee, 2011, « Immigrés et descendants d'immigrés en France. Conditions de vie. », http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_k_Flot5_con.pdf

[3] Gosselin A., Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. pour le groupe *Parcours*, 2016, « Understanding Sub-Saharan migrant settlement in France through a capability approach: Evidence from a life-event history survey », Ceped, *Working Paper*, n° 33, <http://www.ceped.org/wp>

[4] Bernardot M., 2008, *Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006*, Broissieux, Éditions du Croquant, 296 p.

[5] Beauchemin C., Borrel C., Régnard C., 2013, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population & Sociétés*, n° 502, 4 p.

[6] Beauchemin C., Hamel C., Simon P., 2015, *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris, Ined, Grandes enquêtes, 622 p.

[7] GRAB Groupe de réflexion sur l'approche biographique, 1999, *Biographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques*, Paris, Ined, Méthodes et savoirs, 340 p.

Résumé

Six à sept ans après leur arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments d'installation que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et un travail. Au bout de onze à douze ans, c'est encore le cas d'un quart d'entre eux. Cette longue période de précarité après l'arrivée en France tient plus aux conditions d'accueil (longueur du processus de régularisation, marché du travail segmenté, discriminations) qu'aux caractéristiques individuelles des arrivants. La situation des migrants subsahariens finit par se stabiliser, mais pour beaucoup d'entre eux, c'est au prix du passage par une longue période d'insécurité.

Annexe K. “Understanding integration pathways in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey” *European Journal of Population* [en révision]

Authors: Anne Gosselin^{1,2}, Annabel Desgrées du Loû^{1,3}, Eva Lelièvre², France Lert⁴, Rosemary Dray-Spira⁵, Nathalie Lydié⁶ and the Parcours Study Group

1: CEPED, UMR Université Paris Descartes-Sorbonne Paris Cités-IRD, Paris, France

2: INED, Paris, France

3 : IRD, France

4: Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

5: UMRS 1136, INSERM - Sorbonne Universités UPMC, France

6: INPES, Saint-Denis, France

Corresponding author:

Anne Gosselin

anne.gosselin@ceped.org

+33 (0) 1 78 94 98 73

Funding:

This study was supported by the French National Agency for research on AIDS and Viral hepatitis (ANRS) and the General Directorate of Health (DGS, French Ministry of Health). The sponsor of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation or writing of the paper.

1. Introduction

Many migrants from developing countries come to Europe with the hope of finding a form of security and stability that is lacking in their country of origin. At a time when migration policy is a matter of sharp debate in Europe, it is striking to note how few figures and analyses are produced on the particular moment of migrants' arrival in their new countries. Whereas the field of migration studies has greatly emphasised the causes and consequences of migration, very little is actually known about the moment of arrival and integration. One reason for this gap is the scarcity of data that allow for analyses of this process in the European context. Nevertheless, a better understanding of how migrants from developing countries manage to satisfy their basic needs on arrival, as well as how much time is required for this integration, is crucial for public policy.

Drawing on Amartya Sen's concept of capabilities (Sen 1999; Sen 2002), we here consider the arrival and integration process to be a building of the migrants' capabilities in the country of arrival, determined by access to a number of resources. Defining development as the expansion of an individual's capabilities, Sen actually stresses the importance of satisfying basic needs such as housing, physical security (e.g., no fear of arrest) and means of existence. Based on this capability approach, obtaining a stable place to live, legal documents and an income-generating activity rank high among the first steps for newly arrived migrants to achieve basic security.

The integration process upon arrival depends on migrants' individual characteristics, such as education, family status, health, qualifications, language skills and, of course, gender, because migration pathways and conditions of arrival in Europe can differ for men and women. However, the integration process can also depend on the organisation and context in the host country. Our research question focuses on identifying the respective influence of individual

profiles and contextual dimensions in the integration process. Additionally, do these integration pathways differ for men and women?

In this paper, we propose to identify the components of the integration process, to analyse its dynamics and to examine its determinant factors among Sub-Saharan migrants living in France. We use the life-event history data from the ANRS PARCOURS survey conducted in the greater Paris metropolitan area in 2012-2013, which collected 513 detailed life histories of migrants born in Sub-Saharan Africa who arrived in France between 1972 and 2011. The structure of the article is as follows. Based upon literature, we first review the key elements of migrants' integration in host countries. Next, we present the ANRS PARCOURS data and describe how we construct the three chosen indicators of integration (access to housing, to a residence permit and to an income-generating activity) and how we design the methods used in our analysis. We then describe the dynamics of the integration process by considering each indicator separately and then combining the residential, legal and occupational aspects.

2. Background

2.1. The Sub-Saharan migrants living in France: a heterogeneous population

Although the first waves of emigration from Sub-Saharan Africa to France can be traced back to the 19th century, the upsurge in this emigration started in the seventies. According to the 2011 French census, migrants from Sub-Saharan Africa¹ (mainly but not only from western Africa) represented 13% of immigrants in 2011, which corresponded to 733,217 people, versus 2% in 1975 (INSEE 2012a²). Whereas it started as a work-motivated and masculine emigration, in 2011, women represented 51% of Sub-Saharan African migrants in France,

¹ To preserve people's privacy, the French National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE) does not provide numbers or characteristics for very small populations: The aggregated data exists for 'Other African countries', i.e., Africa excluding Algeria, Morocco and Tunisia. It is then a good proxy for Sub-Saharan Africa.

² The last official figures indicate that there are between 200,000 and 400,000 undocumented migrants in France, all nationalities included; and although the estimations of entry flows are controversial, the estimation of the stock seems rather consensual (Commission d'enquête sur l'immigration clandestine 2006).

according to the French census (INSEE 2012a). Thus, Sub-Saharan migration to France covers several decades and has seen significant feminisation in recent years.

The diversification of migrant profiles parallels the evolution of the regulatory context. Indeed, the closing of French borders in 1974 represents the starting point of an immigration policy aimed at limiting the flow of migrant arrivals. In 1980, the Bonnet Law hardened the conditions for entry into France and facilitated the expulsion of undocumented migrants. The European Convention on Human Rights recognised in 1950 the ‘right to respect for private and family life’, and family reunification policies in France led to an increase of 177% in the proportion of Sub-Saharan women migrants between 1975 and 1982 (Tardieu 2006). After its election in 1981, the socialist government put in place the 10-year residence card and regularised 127,000 people. However, from 1986 onwards, the immigration policies have become stricter with the Pasqua Laws of 1993, which added conditions for family reunification and accelerated the expulsions of undocumented migrants. A new set of laws ratified in 2006-2007 further limited the right to family reunification in France, in accordance with the European context (Block et Bonjour 2013).

As a consequence, Sub-Saharan migrants living in France constitute a heterogeneous population that is relatively well educated compared to migrants from other regions. (45% had attained a secondary level of education in 2008 (INSEE 2012c).) However, these data comes from the official French census, which may not reach the most precarious segments of this population, and it could hide a gap between an undocumented, less-educated segment of the population and the documented, more-educated segment. In general, the social situation of Sub-Saharan migrants in France is difficult. For example, 42% of the people living in a Sub-Saharan African household in France are beneath the national poverty line (INSEE 2012b, 217). They are also particularly affected by unemployment (16% for men, 20% for women) (INSEE 2012b). However, official statistics cannot take into account the possibility that many

Sub-Saharan migrants are earning their livelihoods through undeclared jobs or through an accumulation of very short-term contracts. In these latter cases, migrants would be classified as ‘inactive’ or ‘unemployed’ despite the fact that they actually work. However, these figures give an idea of the difficult position in the labour market that Sub-Saharan migrants face.

2.2. Capabilities, the life course approach and integration pathways

To understand integration pathways of Sub-Saharan migrants when they arrive in a new country, it seems necessary to take into account ‘individual human lives’ rather than considering factors at an aggregate level. According to Amartya Sen, the expansion of individual freedom is linked to building capabilities, a perspective that implies focusing on both elementary basic rights and individual trajectories (Sen 2002).

Life course studies have looked at migration in this dynamic perspective for many years. The life course approach, as such, was first introduced into the social sciences through the field of migration (Thomas et Znaniecki 1918). In recent decades, quantitative life-event history surveys have been developed. They involve collecting individual data in a mostly retrospective fashion by asking interviewees to reconstruct their past trajectories through the use of specific collection tools such as the Life History Calendar (GRAB 1999). This type of survey allows for the collection of detailed life trajectories and precise articulation of the different spheres of people’s life courses, such as family, occupation, migration histories, etc. Specific quantitative methods were then designed to analyse such data (GRAB, 2009) .

Recent empirical studies have used such a life course perspective to study migrant trajectories (Latcheva et Herzog-Punzenberger 2011; de Valk et al. 2011; Kleinepier, de Valk, et Van Gaalen 2015). In particular, the MAFE survey, which was conducted between 2008 and 2011, looked at the dynamics of migration between Sub-Saharan Africa and Europe. It focused especially on both return migrations to the country of origin and transnational practices such

as remittances (Beauchemin et González-Ferrier 2011). Interestingly, one of its main results is in highlighting the relative importance of return migrations: two out of ten people returned to Senegal after 10 years in a European country (Flahaux, Beauchemin, et Schoumaker 2013). Thus, they demonstrated the importance of examining entire individual trajectories rather than merely a migrant's situation at a given time.

Migrant trajectories in the host country have often been studied from the perspective of assimilation and its empirical manifestations, which describe how migrants progressively adapt to the host society. This concept of assimilation has been challenged. Some scholars prefer the notion of segmented assimilation, which underlines the constraints migrants can face in their adaptation and how different modes of integration can coexist (Zhou 1997; Portes et Zhou 1993). Other scholars insist on the normative nature of the concept of assimilation and reject it altogether, particularly in the French context (Streiff-Fénart 2013). We choose here to study pathways to integration, not in a normative way but rather in the sense of the process of accessing a number of resources necessary to secure one's stay in the host country (housing, legal status and income-generating activity) (Simon, Beauchemin, et Hamel 2015).

The most studied aspect of migrant's lives for decades has been their integration in the host-country labour market and its associated factors.

Most of the time, immigrants experience occupational downgrading upon arrival because they lack both language proficiency and transferability of their qualifications. Their situation improves after some time in the destination country, and this pattern is known as the U-shaped trajectory of occupational adjustment (Akresh 2008). This model has been verified in several empirical studies in the United States and in Spain (Simón, Ramos, et Sanromá 2014). The MAFE survey confirmed the U-shaped pattern of occupational mobility among Sub-Saharan migrants, and as the initial downgrading was found to also affect highly qualified Sub-Saharan migrants, the concept of 'brain waste' was proposed to account for the fact that

many migrants underused their qualifications in the host country (Toma et Vause 2011; Mattoo, Neagu, et Özden 2008).

However, the assimilation theory has been challenged by another model, which states that the labour market in developed countries is divided into two segments: a primary segment that offers jobs with high wages, better working conditions and the possibility of promotion; and a secondary segment characterised by low-paid, unstable and unskilled jobs. Some migrants are trapped in the secondary segment and the initial downgrading of their situation may be more permanent (Simón, Ramos, et Sanromá 2014).

These studies raise the question of the respective role of the characteristics of the migrants and the structural context of their integration trajectories. Some of these questions have been recently dealt with in the European context. Among Senegalese migrants, upward mobility depended not only on a mix of individual characteristics (proficiency in the destination country's language, the reason for migrating) but also on the administrative status (Obucina 2013; Castagnone et al. 2014). Lastly, the MAFE study also notes a high rate of inactivity for women migrants coming from Sub-Saharan Africa and arriving in Europe (Castagnone et al. 2014). This gender difference results directly from the family reunification policies, which in the past, promoted the arrival of young spouses and mothers less likely to have migrated for work purposes.

Access to a residence permit in the host country is one of the crucial turning point in a migrant's integration process and is of considerable interest for research and public policy. However, these legal status histories are quite difficult to collect for obvious reasons: Undocumented migrants are less likely to participate in any survey, and they are even less prone to declare that they are undocumented for fear of being reported to the administration.

However, the MAFE survey (Vickstrom 2014) was able to collect this data, and one of the main findings of this study is that there is no binary opposition between ‘clandestine’ illegal and legal migration; as those who enter without a visa are few, many people only become ‘illegal’ once they are already in the host countries. This is what the authors call ‘the legal production of irregularity’. They explain how the states themselves produce undocumented migrants by creating obstacles to extending visas or acquiring refugee status, showing to what extent the structural context is determinant in integration. However, the authors also show that, even if the structural context is determinant, different forms of human capital are associated with administrative trajectories. Migrants entering without a visa have lower economic status and less previous experience with migration.

Other aspects of integration have been less investigated. For instance, individual life course data that could account for migrants’ housing trajectories and strategies are lacking. Although many studies have looked at the urban segregation phenomenon (South, Crowder, et Chavez 2005) and tried to understand the underlying mechanisms behind migrant decisions about where to live, and although residential trajectories in the general population in France have been well studied (Stovel et Bolan 2004; Bonvalet et Bringé 2010), to the best of our knowledge no study has investigated the specificity of migrant residential trajectories in this country. Moreover, little is known in particular about how long it takes migrants to obtain a stable residence.

2.3. Research questions

This study intends to describe the dynamics and determinants of the Sub-Saharan migrant integration process in France. First, based on life trajectories collected in 2012-2013 in a random sample of 513 Sub-Saharan migrants living in the Paris metropolitan area, we estimate the necessary time for these migrants to obtain minimal security defined by access to housing, access to a residence permit and access to income-generating activity.

A first question concerns the determinants of the integration process by separately considering each of its dimensions (housing, legal status and activity) to identify the respective weight of individual characteristics and migration profiles on the one hand, and structural context on the other hand, i.e., exogenous constraints due to the political and economic context in France at the time of migrants' arrival.

A second question addresses the impact of gender on the integration process. We propose here to look at gender differences in integration pathways, taking into account the recent evolution in migrant profiles of Sub-Saharan women.

3. Data and methods

3.1. The ANRS PARCOURS survey

The ANRS PARCOURS survey was conducted to take into account the health, social and administrative trajectories of people originating from Sub-Saharan Africa and living in France, specifically to study how these trajectories are intertwined all along the migratory and life pathway. The ANRS PARCOURS is a retrospective life-event history survey conducted among Sub-Saharan migrants, and its methodology is fully described elsewhere (Desgrées du Loû et al. 2016). It was conducted from February 2012 to May 2013 in primary healthcare facilities in the Paris metropolitan area (Ile-de-France region).

A sampling frame was designed to include the primary health care facilities of the National Federation of Health Centres (FNCS) of Ile-de-France, which comprises most of the health facilities of the region, regardless of their status (118 facilities: public, private or voluntary), and healthcare facilities that specifically attend to vulnerable populations were included (9 facilities). Within this sampling frame of 127 facilities, 30 were selected by stratified randomisation, with the sampling probability of each facility depending on its type and the

number of African migrants in its catchment area (the municipality)³. In each participating facility, the eligibility criteria included all persons born in a Sub-Saharan African country, aged 18-59 years. During one month, physicians invited all eligible persons to participate (excluding those with major cognitive or health impairments or very poor understanding of the French language) and collected their written consent. Professional interpreters were available on demand. Of a total of 1184 eligible persons, 124 were not solicited (91 for health reasons and 33 for language problems). The participation rate was 72%, resulting in a total of 763 participants and we were able to verify that the participants had the same sociodemographic characteristics that the non-respondents. Among participants, detailed information on migration history, socioeconomic conditions, legal situation and lifetime health was collected anonymously through a standardised life-event questionnaire (including a Life History Calendar), which was administered face-to-face by a trained professional interviewer who was independent from the clinic staff. The interview took place in a private room at the clinic to ensure confidentiality. Each dimension of interest was documented for each year from birth until the time of data collection. Basic data about non-participants were collected anonymously, and no major differences were found between the demographic characteristics of non-participants and participants. Individual weights were computed to account for sampling design and non-participation. Participants received a 15€ voucher. The study was approved by the French National Commission for Data Protection and Liberties (CNIL, decision DR-2011-484).

The complete protocol is available online at <http://ceped.org/parcours/protocol-en.pdf> and is registered on Clinicl-trials.gov (NCT02566148).

3.2. Population of interest for the study of integration pathways

³ Primary health care facilities for vulnerable populations constituted a stratum (stratum 1). The FNCS facilities were divided into four strata: the facilities located in municipalities with less than 500 migrants (stratum 2), those in municipalities with between 500 and 800 migrants (stratum 3), those in municipalities with between 800 and 1,600 migrants (stratum 4), and finally, those in municipalities with more than 1,600 migrants (stratum 5).

Because our study focuses on the integration process, we decided to take into account the people who arrived in France after 18 years of age and who had spent at least a year in France at the time of the survey. Our final sample then consisted of 513 people. Table 1 provides a description of the surveyed population per sex. This population is relatively old (median age 46 and 45 years old, respectively, for men and women), and 66% of men and 77% of women reached at least a secondary level of education. They arrived between 1972 and 2011 (39% between 1972 and 1996, 35% between 1997 and 2004, and 26% between 2005 and 2011). Median duration in France was 14 years for both men and women. Logically, the countries of origin that are more represented correspond to former French colonies or countries that were under French or Belgian influence until the 1960s; more than 80% of the people come from seven countries: Cameroon, Democratic Republic of the Congo, Guinea, Ivory Coast, Mali, Republic of the Congo and Senegal (data not shown).

Migration profiles differ between sexes: Most men (56%) were single when they arrived in France, whereas 59% of women had a stable partner upon arrival. This is also reflected in the migration motives, as 45% of women came for family reunification. Consequently, more men than women experienced instability upon arrival in France: 22% of men went through an episode of residential instability (often changing where they stayed) versus 12% of women; furthermore, 46% of men versus 33% of women had no legal permit at all at the beginning of their stay in France. Students represent 19% of the men and 13% of the women arriving at 18 years old or over.

We found that 5% of our sample had complex migration trajectories in that they had migrated to France several times. Therefore, rather than letting the researcher subjectively decide which of the dates should be considered their arrival in France, the investigators asked the respondents to indicate which date made sense as the beginning of their settlement in France.

In that way, we relied on the interviewee's own perception of settlement (Lelièvre et al. 2009) and were able to include people with complex trajectories in our study.

The survey was conducted in the greater Paris metropolitan region, and migrants attending primary healthcare facilities were recruited. Nevertheless, 60% of the Sub-Saharan migrants living in France are concentrated in this region; thus, given that migrants can access social security coverage and have free-of-charge access to healthcare regardless of legal status, our results are likely to apply to the vast majority of Sub-Saharan migrants living in France. Moreover, we were able to verify that the PARCOURS participants' age and sex distributions do not differ from the Sub-Saharan migrant population living in the Paris area (according to the French census (Insee 2010)). Nevertheless, one must keep in mind that, from this sample, we have no information about the people who eventually left France.

Due to the healthcare structure context, we were able to collect detailed residence permit histories, even when a residence permit was lacking, because participants trusted in the complete confidentiality inherent in these settings. In France, health services constitute one of the only places where such data can be collected without the interviewees fearing to declare their illegal status.

[INSERT TABLE 1 ABOUT HERE]

3.3. Indicators of integration as access to basic resources

To study migrants' first access to basic security, we constructed indicators of access to the three types of resources aforementioned: housing, a legal permit and employment, for each year since arrival until data collection.

Access to personal dwelling

We assumed that basic security was attained when a person declared that they had lived in a personal dwelling for at least one year rather than being hosted by someone, living in a

charity structure, or having no stable housing. It is important to note that workers' hostels (in French, 'foyers de travailleurs') constitute a typical means for Sub-Saharan migrants to settle in France (Bernardot 2006; Bernardot 2008). Thus, it is relevant to consider this type of housing as a personal dwelling in our analysis. Having obtained one's first personal dwelling (yes/no for a given year) is our first indicator for integration.

Access to a stable residence permit

As for the legal context of foreigners' residence in France, it has evolved over recent decades: Migrants can obtain refugee status or a legal residence permit for family, work or healthcare reasons. They can also obtain French nationality through naturalisation. To be undocumented is undoubtedly a difficult experience that hinders the migrant's daily life, and a short-term permit (of less than a year) means frequent visits to the administration and considerable uncertainty in the following months and years. Furthermore, these short-term permits often do not grant migrants the right to work. We, therefore, chose to consider being granted a one-year permit (or more) as constituting basic security. Having obtained one's first legal permit of at least one year (yes/no for a given year) is our second indicator.

Access to an income-generating activity

We assumed that, from a capability perspective, what matters is to be able to earn one's own means of existence. Under that definition, precarious or informal activities qualify as long as they provide stable economic resources for at least one year. Having obtained an activity that provides financial autonomy (yes/no for a given year) is our third indicator for integration.

In this particular analysis of occupational trajectories, we did not include people who came to France with a student status because access to a paid activity would not necessarily have the same dynamics for them.

Because the integration process should be considered as a whole, we then build a combined indicator of integration that incorporates the three indicators discussed above (having obtained a personal dwelling, a legal permit of at least one year, and an activity that provides financial autonomy for a given year).

Details of the Life History Calendar regarding residence, legal status, activities and financial resources can be found in the Online Appendix 1.

3.4. Statistical analysis

We performed a Kaplan Meier analysis of each of the three integration indicators and of the combined indicator (i.e., having obtained a personal dwelling, a legal permit of at least one year and an autonomy-generating activity). More in phase with our analysis, instead of representing the duration (survival) curves ($S(t)$) before the acquisition of each of our indicators, we preferred to display the cumulative distribution function ($F(t)=1-S(t)$) and gave the medians per sex. To graphically illustrate the dynamics of integration sequences for each sex, we also present chronograms with the distribution of the different possible situations regarding housing, legal status and activity, according to the number of years after arrival in France.

The year-by-year hazard rates to access a personal dwelling, a legal permit of at least one year and an autonomy-generating activity were modelled with discrete-time regression models, as was the combined indicator of having obtained the three resources. In all the models, we included variables that captured individual characteristics and migration profiles. In particular, we included sociodemographic variables (region of origin, age at arrival in France, educational level at arrival in France) and arrival circumstances variables (period of arrival, marital status at arrival, migration motive, whether or not the person had lived in France before). The structural context in the host country at the time of arrival was informed by the

variable “period of arrival”. To this effect, we considered three different periods: i) before 1996, ii) between 1996 and 2004, when Pasqua Laws hardened the conditions for family reunifications and for obtaining a resident card, and iii) 2005 and after, when a new set of laws increased the complexity of family reunification at the European level (Block et Bonjour 2013). The regressions were stratified per sex.

Thirdly, to assess to what extent the three elements of integration are intertwined, we computed three variables for each individual, each corresponding to the number of years before obtaining one of the elements. We then estimated a pairwise residual correlation matrix between these three variables using a linear marginal model.

Finally, to better understand the recent evolution of migrant women’s process of integration, we compared the women’s migratory profiles across their period of arrival using a chi2 test to account for age, educational status, marital status, network at arrival and migration motive.

4. Results

4.1. How long does it take? Gendered dynamics of settlement

Figure 1 shows the Kaplan Meier estimates for duration of stay in France before obtaining a personal dwelling, a legal permit of at least one year and an autonomy-generating activity. It reveals the length of the integration process and how the integration sequence differs for men and women.

[INSERT FIGURE 1 ABOUT HERE]

On average, Sub-Saharan migrant women obtain a personal dwelling during their 2nd year in France and men during their 3rd year ($p=0.01$). This is to be understood in relation to the important proportion of women migrating to France for family reasons, as seen previously (45%, see Table 1). Women migrate more often to join a member of their family, and this is reflected in their quicker access to a personal dwelling. Notably, 24% of men find a personal

dwelling in a workers' hostel versus 7% of women ($p < 0.01$). The duration of stay in workers' hostels is quite different between men and women: Men stay a median of 7 years in workers' hostels, whereas women stay only 2 years (data not shown). Thus, staying in a workers' hostel is a frequent trend for men, as previously shown in the literature (Bernardot 2006; Bernardot 2008). For women, it seems to be more of a temporary accommodation.

There is also a gender difference in accessing a legal permit of at least one year: Women obtain the permit during the 3rd year, in median, whereas men obtain it in the 4th year ($p < 0.01$). Although the proportion of women coming for family reasons has been decreasing in recent years (Beauchemin, Borrel, et Régnard 2013), family reunification undoubtedly explains that the access to a legal permit was quicker for women.

Finally, men obtain an autonomy-generating activity more quickly: during their 2nd year in France, in median. For women, obtaining the same activity takes somewhat longer (in their 4th year). Remarkably, a high proportion of people access their first autonomy-generating activity through precarious jobs: 35% of men and 20% of women ($p < 0.06$). The median length of this period is 3 years [IQR: 2-6] for women and 4 years [IQR: 2-12] for men. Additionally, one man out of four experience a period of precarious work that lasts more than a decade.

Figure 2 shows the Kaplan Meier estimates for duration in France before accessing the three resources, i.e., obtaining a personal dwelling, a legal permit of at least one year and an autonomy-generating activity.

[INSERT FIGURE 2 ABOUT HERE]

What is striking is the length of the integration process. Despite the fact that we voluntarily chose 'basic capability indicators', it takes migrants a median of 6 years for women and 7 years for men to reach basic security in terms of obtaining their own housing, legal status and autonomy-generating activity. This means that Sub-Saharan migrants experience an extremely long period of insecurity when they arrived in France.

Looking subsequently at different dimensions of integration also allows us to detect a gender difference regarding the integration sequence. For men, the sequence seems to be (1) autonomy-generating activity, (2) personal dwelling and (3) legal permit of at least one year. This sequence corresponds to integration via the labour market. For women, the integration process starts with (1) personal dwelling, then (2) legal permit of at least one year and (3) autonomy-generating activity. This sequence corresponds to a greater proportion of women coming for family reunification in France. Although the duration of the integration process is quite similar for men and women, the integration sequences differ according to gender.

Figure 3 represents year by year the proportion of migrants by sex in each situation as they advance in the integration process. Differences between men and women are salient. An important portion of men begin integration with a long period in which they work and are financially independent but have neither a personal dwelling nor a legal permit of at least one year. This latter situation is less frequent but still exists for women. These chronograms reveal the actual diversity of integration trajectories, in particular among women. Some of them start in France with only their own dwelling, which may correspond to women coming for family reunification. Yet, nearly the same proportion start in France with an activity that give them financial autonomy, as with the majority of men, and this can correspond to labour migration. Overall, the vast majority of these women have a paid activity in France after 7 years, whatever their migration motive.

[INSERT FIGURE 3 ABOUT HERE]

4.2. Individual characteristics and structural context: What matters more?

Table 2 gives the results for discrete-time regressions on the probability by year of men and women obtaining a personal dwelling, a legal permit of at least one year and an autonomy-generating activity, followed then by the probability of having accessed all three resources.

Among men, we notice a strong educational gradient: The more the migrants are educated, the quicker they access the three resources. This effect is particularly important in access to a legal permit of at least one year (OR superior level=3.07 [1.48,6.36]). Regarding family situation, having a stable partner in France at arrival is logically associated with quicker access to a personal dwelling. On the other hand, the recent period (2005-2011) hinders access to an autonomy-generating activity (OR=0.32 [0.16-0.64]).

Among women, we notice a strong negative effect of having arrived in the more recent period (2005-2011) on the process of integration (OR=0.35 [0.18-0.67] for access to own dwelling; 0.42 [0.21-0.87] for access to activity). Our results then highlight worsening living conditions for the female newcomers. This result can mean two things, which are not contradictory. First, migrant women's profiles have evolved in recent years, and this can explain their having more difficult access to housing than before because recently arriving women now are more likely to come alone and not necessarily to join a family member. Second, the more difficult access to an autonomy-generating activity seems to reflect the economic crisis, which may have had an impact not only on masculine but also feminine sectors of employment. The reality is probably a mix of these two aspects. Activity, for instance, is much more dependent on individual characteristics for women than it was for men. Along with the motives for migrating, education actually plays an important role in finding a job (OR= 2.24 [1.27-3.97] for secondary level, OR=5.47 [2.39-12.53] for superior level). Women's individual characteristics, thus, seem to play an important role in their access to employment. However, even if education and migration motives play a role, a negative effect of the recent arrival period remains.

[INSERT TABLE 2 ABOUT HERE]

For the combined indicator, the different integration dimensions tend to compensate for one another, which results in the absence of strong differentiation among migrants: Integration

appears to be a long process for anyone coming to France from Sub-Saharan Africa, whatever their profile may be. For men, higher education accelerate integration (OR superior level=4.15 [1.86, 9.24]); for women, the only factor that remains significantly associated with attaining basic security is the migration motive (OR find a job/studies/take a chance=1.60 [1.04-2.47]). Thus, despite their diversity, Sub-Saharan migrants experience a similarly long process of integration in France. Hardly any individual characteristic offers protection against the long period in which Sub-Saharan migrants lack basic security. Moreover, the period of arrival, which reflects the context in which the persons arrive, seems to influence several dimensions of integration. As a matter of fact, the recent period is associated with slower access to employment for men, and slower access to own dwelling and employment for women. This could be due both to the hardening of migratory laws (in particular the restriction of access to residence cards) and the economic crisis, which started in 2008. This recent period is also associated with slower access to the combined indicator (OR=0.61 for both sexes), although the correlation is not significant. We probably lack statistical power to demonstrate a negative effect of this recent period on the whole process of integration.

Table 3 gives the correlation coefficients between the three elements of integration, with their 95% confidence intervals. These coefficients are all positive and significant, clearly showing that the three dimensions of integration are linked. The strongest correlation is between access to a legal permit and personal dwelling (coef=0.51 [0.41-0.60]). The access to one element gives quicker access to the other. Integration is then a multi-dimensional process.

Our analysis has some limitations. First, it does not take into account trajectories with potential ‘steps backwards’ because we focus on indicators of the ‘first attainment’. However, both the previous literature on Sub-Saharan migrant trajectories in Europe (Castagnone et al. 2014; Vickstrom 2014) and data from the ANRS PARCOURS survey (Gosselin, Desgrées du Loû, et Pannetier (forthcoming)) converge towards the idea that instability occurs at the

beginning of the trajectory. Thus, looking at the first attainment of basic security remains a meaningful way to describe and understand integration pathways.

Other variables would have been useful, such as whether the person spoke French at arrival. However, this information was not in the survey, and as many Sub-Saharan migrants were taught French at school, it probably would not have added much to the variable ‘educational level at arrival’. The network at arrival was analysed, and as it was correlated to both the conjugal status at arrival and the migration motive, it was not included in the multivariate analysis.

In the end, we cannot exclude a certain selection bias: Because the interviewees were recruited while living in France, the survey under-represents migrants who went back to their country of origin or left for another destination after their stay in France. However, this selection bias could go in two directions because two types of migrants are absent from our survey: those who were unable to settle down because of social difficulties and those who went back to their country after a successful experience. These two types of biases may cancel out.

[INSERT TABLE 3 ABOUT HERE]

4.3. Migrant women’s integration pathways across generations: What’s changed?

We showed that the contextual effect remained after adjustment on women’s profiles. That being said, we now wish to go further and understand what is behind this evolution in women’s individual profiles.

Table 4 shows the results of the comparison between women according to their period of arrival. It was shown elsewhere that, not only did women constitute a majority of immigrants to France from Sub-Saharan Africa in 2008, but more than half of them were considered to

have entered France ‘independently’, that is, as a single person or as a ‘pioneer’⁴ (Beauchemin, Borrel, et Régnard 2013). Our data confirm that the proportion of women arriving alone in France has increased in the last decades (18%, 42% and 44%, for the three periods, $p < 0.01$). In parallel, we observe a decrease in women coming for family reasons (63%, 36% and 34%, respectively). Although the chi2 test on the variable is not significant ($p = 0.10$), a test on each category reveals that this decrease in family motives (vs. other motives) is significant ($p < 0.01$, data not shown). Various immigration policies in France have restricted regularisation for family reasons in the last decade (Block et Bonjour 2013); it is then logical to observe a decrease in this motive for migration among women having arrived more recently. However, we do not observe an increase in the proportion of women coming ‘to find a better life, to find a job or to study’. Actually, the last decade has seen a rise in women fleeing from threats in their home countries (from 8% to 23%, $p < 0.01$ for the chi2 test vs. other motives, data not shown). At the same time, the proportion of women arriving in France without any network at arrival rises from 3% to 19% ($p < 0.01$). Thus, recently arrived women in France seem to have come under more difficult conditions and without having any relatives or friends to turn to.

[INSERT TABLE 4 ABOUT HERE]

This can be related to several political crises that have taken place in Sub-Saharan Africa as well as to the consequences of aggravated economic inequalities at the international level. This result paints a somewhat darker picture for these women who have been called ‘female pioneers’ in previous works (Beauchemin, Borrel, et Régnard 2013), and further research is needed to better understand the shift in migration patterns.

5. Conclusion

⁴ ‘A pioneer is defined as a person in a union at the time of migration; their partner remains behind in the country of origin. They may or may not be joined by their partner at a later date.’ (Beauchemin, Borrel, and Régnard 2013).

In this study, taking advantage of a recent and innovative data set, we analysed integration pathways of men and women from Sub-Saharan Africa coming to live in France. In particular, we wanted to determine the respective weight of individual characteristics, the structural context in the integration process, and to what extent this process is gendered.

The main result of our study of the integration process for Sub-Saharan migrants arriving in France, using a capability perspective, is the length of time it takes for Sub-Saharan migrants to attain basic security. Upon arrival, it takes six to seven years for Sub-Saharan migrants to satisfy their basic needs. Men's integration pathways start with employment, whereas women's integration pathways are more diverse and have evolved in recent years, from a process of integration driven by family reunification to patterns closer to men's, that is, integration through the labour market. This progressive convergence of men's and women's migratory profiles is also the result of an increasing proportion of women coming to France to flee from threats in their country.

Furthermore, the multivariate analyses show that individual characteristics have little influence on the length of the process. In other words, Sub-Saharan migrants' integration is strongly dependent on the political, economic and social context. Notably, previous research in the United States and in Europe has shown that discrimination towards migrants in different spheres such as recruitment processes, work, access to housing, etc., is one of the vectors of these hindered integration pathways (Pager et Shepherd 2008; Brinbaum, Safi, et Simon 2015). Discrimination is one of the elements of the context in the host country that we cannot measure in our study, but based upon previous research, we can assume that it certainly played its part in Sub-Saharan migrants' hindered integration pathways in France.

This research also underlines the difficult living conditions of migrants upon their arrival and calls for a better understanding of their situation at a time when the circumstances of migrants are at the heart of the policy debate in Europe. Even if migrants cope with these particularly

difficult circumstances by integrating in the labour market through informal and unstable jobs, their residential and administrative situation remains uncertain for a long time, and this may have a negative impact on their subsequent life in France (Beauchemin, Hamel, et Simon 2015).

Our study presents new, original information on migrants' integration in France, thanks to biographical data that allow for an analysis of this process year by year. These data also allow for an analysis in terms of generations of arrival because in our sample, the dates of arrival range from 1972 to 2011. We then showed that new profiles were appearing of women migrants who flee from threats in their country and that these women seemed to be in a particularly difficult position regarding the housing and job markets. Further research is needed to better characterise these new profiles of migrant women, to describe the obstacles they may face and, finally, to investigate how their integration pathways may converge with those of men or take another direction altogether.

The authors declare no conflict of interest.

Bibliography

- Akresh, Ilana Redstone (2008). « Occupational Trajectories of Legal US Immigrants: Downgrading and Recovery. » *Population and Development Review* 34 (3): 435-56.
- Beauchemin, Cris, Catherine Borrel, and Corinne Régnard (2013). « Immigrants in France: a female majority. » *Population & societies* | 502.
- Beauchemin, Cris, and Amparo González-Ferrier (2011). « Sampling International Migrants with Origin-Based Snowballing Method: New Evidence on Biases and Limitations. » *Demographic Research* 25: 103-34.
- Beauchemin, Cris, Christelle Hamel, and Patrick Simon, Ed.(2015). *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversités des populations en France*. Ined. Grandes Enquêtes. Paris.

- Block, Laura, and Saskia Bonjour (2013). « Fortress Europe or Europe of Rights? The Europeanisation of Family Migration Policies in France, Germany and the Netherlands. » *European Journal of Migration and Law* 15 (2): 203-24.
- Bonvalet, Catherine, and Arnaud Bringé (2010). « Les trajectoires socio-spatiales des Franciliens depuis leur départ de chez les parents. » *Temporalités*, n° [Online, 11]. <http://temporalites.revues.org/1205>.
- Brinbaum, Yaël, Mirna Safi, and Patrick Simon (2015). « Les discriminations en France: entre perception et expérience. » In *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France* (Beauchemin, Hamel & Simon Eds), Ined. Paris.
- Castagnone, Eleonora, Tiziana Nazio, Laura Bartolini, and Bruno Schoumaker (2014). « Understanding Transnational Labour Market Trajectories of African-European Migrants: Evidence from the MAFE Survey. » *International Migration Review* 49 (1): 200-231.
- Desgrées du Loû, Annabel, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Mireille Le Guen, Anne Gosselin, Henri Panjo, Nathalie Bajos, et al. (2016). « Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-saharan African Migrants in France. » *AIDS* 30: 645-56.
- de Valk, Helga, Michael Windzio, Matthias Wingens, and Can Aybek (2011). « Immigrant Settlement and the Life Course: An Exchange of Research Perspectives and Outlook for the Future. » In *A Life-Course Perspective on Migration and Integration*, Wingens et al (Eds), Springer. New-York.
- Flahaux, Marie-Laurence, Cris Beauchemin, and Bruno Schoumaker (2013). « Partir, revenir: un tableau des tendances migratoires congolaises et sénégalaises. » In *Migrations africaines: le codéveloppement en questions. Essai de démographie politique* (Beauchemin, Kabbanji, Sakho et Schoumaker Eds.), Armand Colin/Ined. Recherches. Paris.
- Gosselin, Anne, Annabel Desgrées du Loû, and Julie Pannetier (forthcoming). « Les migrants subsahariens face à la précarité résidentielle et administrative à l'arrivée en France : l'enquête ANRS Parcours. » *La population de la France face au VIH/sida* (Bergouignan Ed.), Collection Populations Vulnérables
- GRAB, Groupe de réflexion sur l'approche biographique (1999). *Biographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques*. Editions de l'INED. Méthodes et Savoirs. Paris.
- GRAB, Groupe de réflexion sur l'approche biographique (2009). *Fuzzy states and complex trajectories*. Ined. Collection : Méthodes et savoirs 6. Paris.
- INSEE (2010). « French Census Data 2010. » <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2010/rp2010.htm>.
- INSEE (2012a). « Étrangers/Immigrés - Séries issues des recensements de la population - RP2011. »

- INSEE (2012b). « Immigrés et descendants d'immigrés en France. Conditions de vie. »
- INSEE (2012c). « Immigrés et descendants d'immigrés en France. Education et maîtrise de la langue. »
- Kleinepiper, Tom, Helga A. G. de Valk, and Ruben Van Gaalen (2015). « Life Paths of Migrants: A Sequence Analysis of Polish Migrants' Family Life Trajectories. » *European Journal of Population* 31 (2): 155-79.
- Latcheva, Rossalina, and Barbara Herzog-Punzenberger (2011). « Integration Trajectories: A Mixed Method Approach. » In *A Life-Course Perspective on Migration and Integration*, Wingens et al (Eds), Springer. New-York.
- Mattoo, Aaditya, Ileana Cristina Neagu, and Çağlar Özden (2008). « Brain waste? Educated immigrants in the US labor market. » *Journal of Development Economics* 87 (2): 255-69.
- Obucina, Ognjen (2013). « Occupational trajectories and occupational cost among Senegalese immigrants in Europe. » *Demographic Research* 28 (19): 547-80.
- Pager, Devah, and Hana Shepherd (2008). « The Sociology of Discrimination: Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets. » *Annual review of sociology* 34: 181-209.
- Portes, Alejandro, and Min Zhou (1993). « The New Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants. » *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 530 : 74-96.
- Sen, Amartya (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
- Sen, Amartya (2002). « Basic Education and Human Security. » In Kolkata. http://www.hegoa.ehu.es/dossierr/seguridad/Basic_education_and_human_security.pdf.
- Simón, Hipólito, Raul Ramos, and Esteban Sanromá (2014). « Immigrant Occupational Mobility: Longitudinal Evidence from Spain. » *European Journal of Population*, n° 30: 223-55.
- Simon, Patrick, Cris Beauchemin, and Christelle Hamel (2015). « Introduction. » In *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France* (Beauchemin, Hamel & Simon Eds), Ined. Paris.
- South, Scott J., Kyle Crowder, and Erick Chavez (2005). « Migration and Spatial Assimilation among U.S. Latinos: Classical versus Segmented Trajectories. » *Demography* 42 (3): 497-521.
- Stovel, Katherine, and Marc Bolan (2004). « Residential Trajectories Using Optimal Alignment to Reveal The Structure of Residential Mobility. » *Sociological Methods & Research* 32 (4): 598.

Streiff-Fénart, Jocelyne (2013). « Penser l'Etranger. L'assimilation dans les représentations sociales et les théories sociologiques de l'immigration. » *Revue européenne des sciences sociales* 51 (1).

Tardieu, Marc (2006). *Les Africains en France. De 1914 à nos jours*. Editions du Rocher. Gens d'ici et d'ailleurs. Monaco.

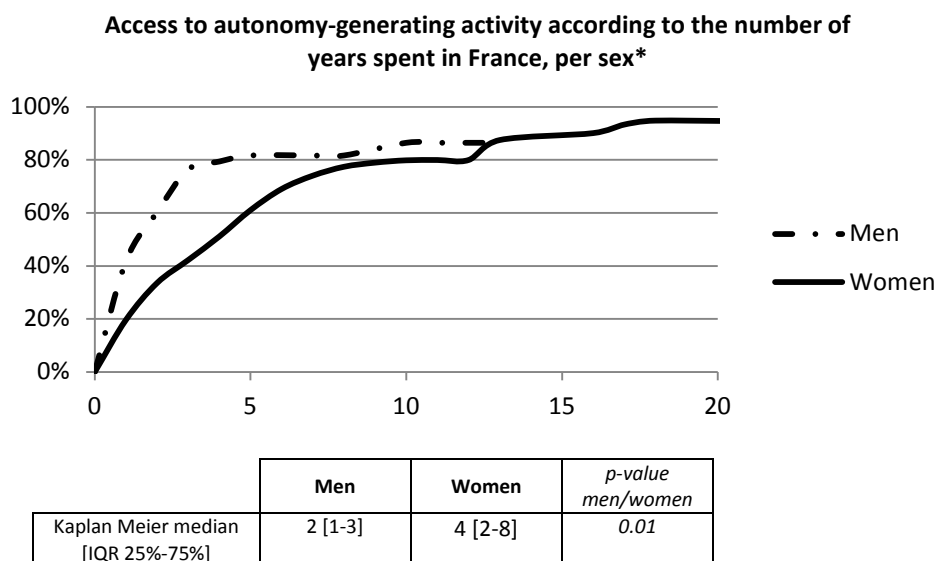
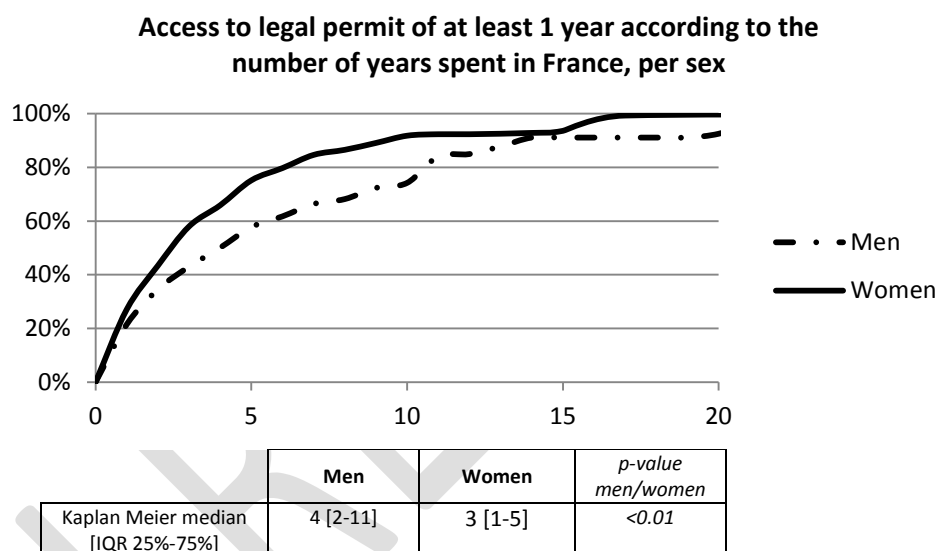
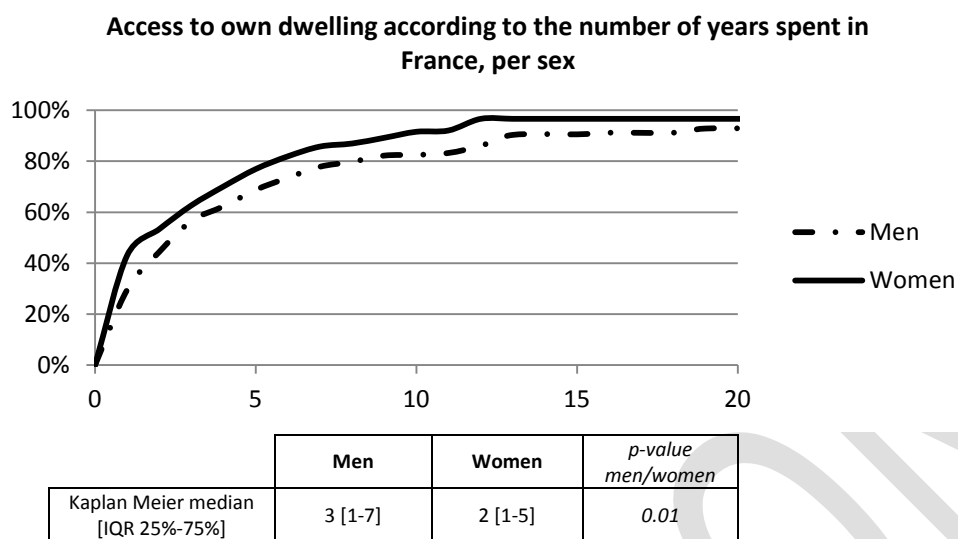
Thomas, W.I., and F. Znaniecki (1918). *The polish peasant in Europe and America*. Urbana and Chicago. University of Illinois Press.

Toma, Sorana, and Sophie Vause (2011). « The role of kin and friends in male and female international mobility from Senegal and DR Congo. » MAFE Working Paper 13.

Vickstrom, Erik (2014). « Pathways into Irregular Status Among Senegalese Migrants in Europe. » *International Migration Review* 48 (4): 1062-99. doi:10.1111/imre.12154.

Zhou, Min (1997). « Segmented Assimilation: Issues, Controversies, and Recent Research on the New Second Generation. » *International Migration Review* 31 (4): 975-1008.

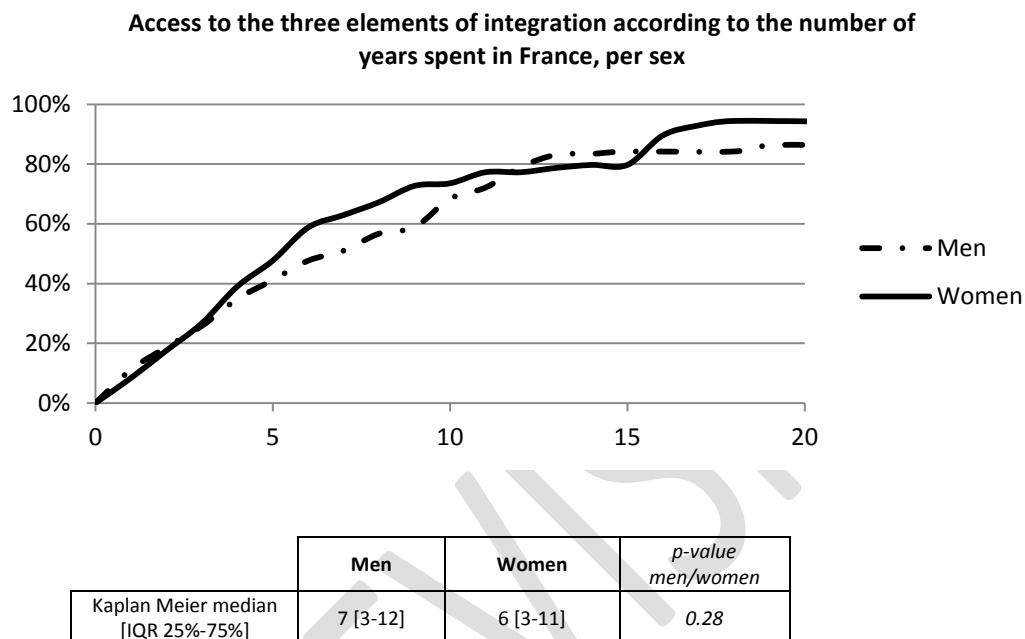
Figure 1. Access to own dwelling, legal permit ≥ 1 y, autonomy-generating activity, according to the number of years spent in France, per sex (N=513)
Kaplan Meier smoothed survival curves and medians



*The analysis on the access to an autonomy-generating activity was performed on a reduced sample to exclude the students from the analysis, N=418.

Figure 2. Access to the three elements of integration (personal dwelling, legal permit ≥ 1 y, autonomy-generating activity) according to the number of years spent in France, per sex (N=418*)

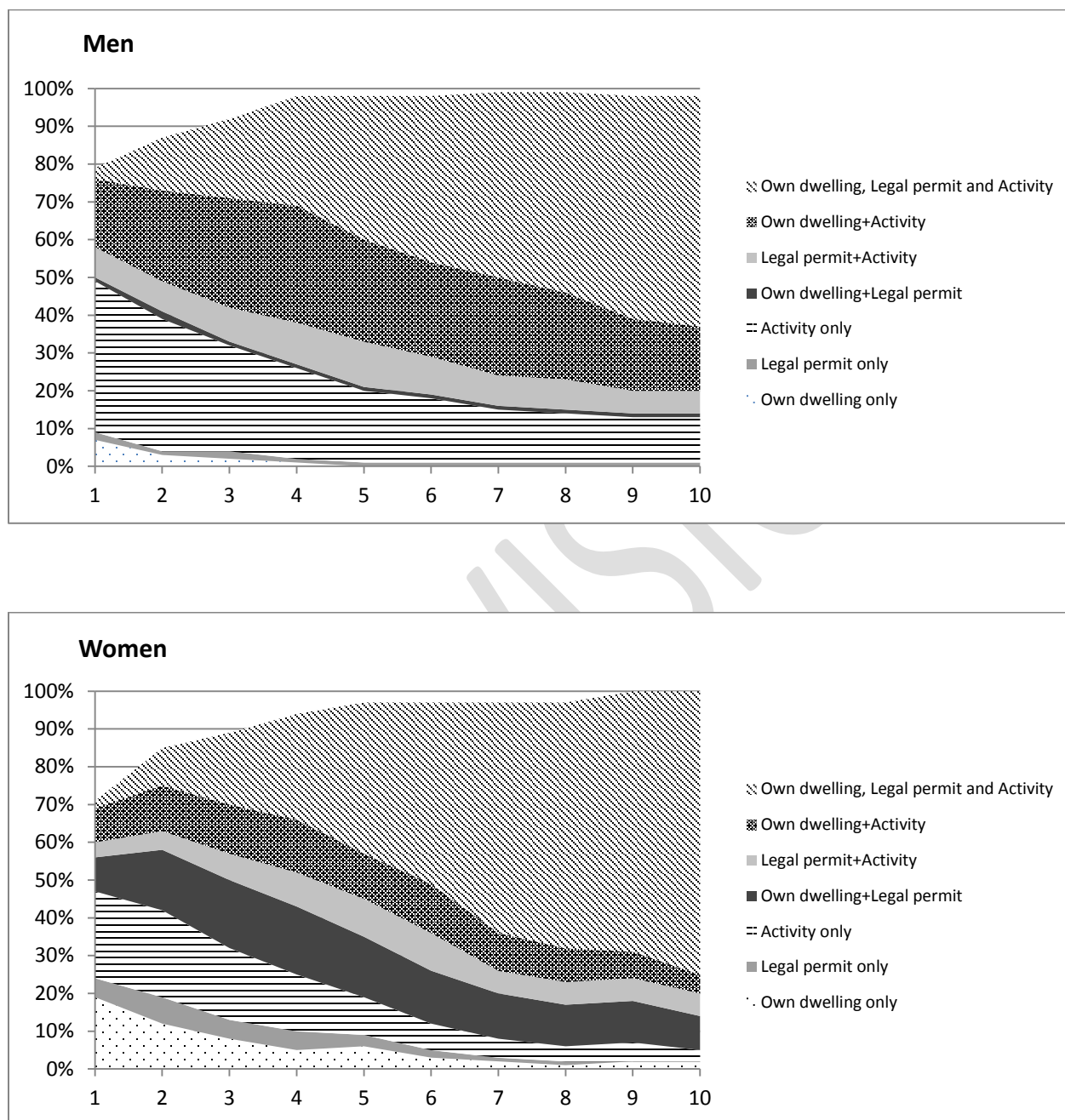
Kaplan Meier smoothed survival curves and medians



**The analysis on the access to an autonomy-generating activity was performed on a reduced sample to exclude the students from the analysis, N=418.*

Source: Parcours survey, 2012-2013

Figure 3. Proportion of migrants who have obtained one, two or three elements of integration, according to the time spent in France, per sex (N=418)



Source: *Parcours survey, 2012-2013*

Table 1. Sociodemographic characteristics of ANRS PARCOURS interviewees at time of survey, per sex
Scope: people having arrived in France at age 18 or over, N= 513

	Men		Women	
	N=247		N=266	
	%pond	n	%pond	n
Age				
18-34	17	49	25	71
35-44	30	77	23	72
45-60	54	121	53	123
Median (IQR)	46 [37-52]		45 [35-52]	
Age at arrival				
Median (IQR)	27 [23-32]		26 [22-32]	
Region of birth				
Western Africa	67	168	52	141
Central Africa	30	70	43	115
Eastern/Southern Africa	3	9	5	10
Period of arrival				
1972-1995	41	81	38	82
1996-2004	33	85	37	97
2005-2011	26	81	25	87
Conjugal status at arrival				
Alone	56	138	34	95
Stable partner in France	25	60	59	148
Stable partner abroad	19	49	8	23
Migration motive				
Find a job/take a chance	45	119	23	75
Family reasons	12	29	45	110
Threatened in his/her country	22	50	16	43
Study	19	42	13	27
Medical reasons	1	6	3	10
Does not know	0	1	0	1
Educational level at arrival				
None/Primary	34	83	23	63
Secondary	42	106	61	161
Superior	24	58	16	42
Residential situation at arrival				
Personal dwelling	30	83	43	100
Hosted by relatives/relations	45	105	44	119
Collective structures	2	7	1	5
Residential instability	22	52	12	42
Legal status at arrival*				
No legal permit	46	120	33	98
Legal permit for less than a year	33	69	40	100
Legal permit of at least one year	20	51	25	62
French nationality	2	7	2	6

*Legal status at arrival is determined by the first episode of legal trajectory, independently of having a travel document or not.

Table 2. Factors for Sub-Saharan migrant integration in France, per sex (N=418)
(Discreet-time regressions, coefficients presented as Odds ratios)

	Men (N=208)					Women (N=210)				
	%	First access to own dwelling	First access to legal permit ≥1 year	First access to autonomy generating activity	First access to settlement (combined indicator)	%	First access to own dwelling	First access to legal permit ≥1 year	First access to autonomy generating activity	First access to settlement (combined indicator)
Time since arrival in France		0.87[0.81,0.95]	1.02 [0.97,1.07]	0.61 [0.49,0.76]	1.04 [0.99,1.10]		0.90 [0.83,0.98]	1.01 [0.95,1.07]	0.93 [0.88,0.98]	1.04 [1.00,1.08]
Period of arrival										
Before 1996 (ref)										
1996-2004	38%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
2005-2011	36%	0.69[0.42,1.13]	0.85 [0.55,1.33]	0.82 [0.42,1.60]	0.88 [0.57,1.34]		0.70 [0.40,1.20]	1.02 [0.64,1.63]	0.74 [0.40,1.34]	0.86 [0.55,1.34]
Region of birth	26%	0.55[0.28,1.08]	0.80 [0.39,1.65]	0.32[0.16,0.64]	0.61 [0.27,1.36]		0.35[0.18,0.67]	1.21 [0.69,2.14]	0.42 [0.21,0.87]	0.61 [0.32,1.18]
Western Africa (ref)	71%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Central. E and S Africa	29%	0.77[0.46,1.30]	1.15 [0.63,2.09]	0.99 [0.52,1.89]	0.87 [0.48,1.57]		0.88 [0.52,1.49]	0.87 [0.57,1.33]	0.66 [0.40,1.08]	0.77 [0.49,1.21]
Age at arrival										
18-27 (ref)	47%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
28+	53%	0.73[0.48,1.14]	0.72 [0.46,1.11]	0.75 [0.41,1.39]	0.65 [0.42,1.02]		1.16 [0.70,1.92]	0.97 [0.65,1.45]	0.93 [0.57,1.51]	0.95 [0.60,1.49]
Educational level at arrival										
None /Primary (ref)	40%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondary	41%	1.32[0.75,2.34]	1.57 [0.90,2.75]	1.31 [0.69,2.50]	1.86 [1.04,3.31]		1.09 [0.62,1.91]	0.79 [0.46,1.34]	2.24[1.27,3.97]	1.51 [0.87,2.62]
Superior	19%	2.19[1.03,4.64]	3.07[1.48,6.36]	1.93 [0.77,4.87]	4.15[1.86,9.24]		1.65 [0.62,4.38]	0.68 [0.28,1.63]	5.47[2.39,12.53]	2.02 [0.80,5.11]
Marital status at arrival										
Alone (ref)	53%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Stable partner in France	27%	1.85[1.06,3.21]	1.57 [0.94,2.64]	0.88 [0.43,1.77]	1.61 [0.96,2.68]		2.28[1.40,3.72]	1.70 [1.02,2.82]	0.77 [0.40,1.50]	1.48 [0.90,2.42]
Stable partner abroad	19%	0.97[0.54,1.73]	0.90 [0.52,1.55]	1.07 [0.51,2.21]	0.88 [0.47,1.63]		0.70 [0.35,1.41]	0.87 [0.38,2.01]	0.67 [0.27,1.69]	1.04 [0.51,2.13]
Migration motive										
Family reasons+medical (ref)	63%	1.00	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]		1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Find a job/take a chance/studies	13%	0.98[0.55,1.74]	1.40 [0.80,2.46]	1.09 [0.46,2.58]	1.02 [0.58,1.80]		0.83 [0.51,1.35]	0.97 [0.59,1.58]	2.19 [1.18,4.07]	1.60 [1.04,2.47]
Threatened in his/her country	24%	0.92[0.46,1.82]	1.10 [0.54,2.21]	0.79 [0.34,1.86]	0.92 [0.49,1.75]		0.55 [0.29,1.03]	0.54[0.27,1.07]	2.54[1.33,4.84]	1.05 [0.52,2.10]
Already lived in France before	3%	1.11[0.43,2.90]	4.98[1.89,13.11]	-	1.83 [0.73,4.59]		0.98 [0.38,2.54]	0.89 [0.38,2.09]	0.96 [0.42,2.18]	0.98 [0.38,2.50]

Adjusted Odds ratios, *p<0.05 **p<0.01

Source: *Parcours survey, 2012-2013*

Table 3. Correlations between the three elements of integration

	Correlation coefficients	IC95%
First personal dwelling-first legal permit	0.51	[0.41-0.60]
First personal dwelling-first autonomy-generating activity	0.30	[0.19-0 .41]
First legal permit- first autonomy-generating activity	0.26	[0.14-0 .36]

**This correlations coefficients have been adjusted for time of observation*

Source: Parcours survey, 2012-2013

Table 4. Comparison of Sub-Saharan women profiles according to period of arrival (N=266)

	Arrival 1972-1995 N=82		Arrival 1996-2004 N=97		Arrival 2005-2011 N=87		p
Region of birth	%pond	n	%pond	n	%pond	n	
West Africa	48	47	57	53	51	41	0.70
Central Africa	48	33	39	40	43	42	
Eastern and Southern Africa	4	2	4	4	6	4	
Age at arrival							
18-24	47	40	34	33	35	23	0.03
25-34	51	39	41	47	36	34	
35+	2	3	26	17	29	30	
Educational level at arrival							
None/primary	36	31	18	15	13	17	0.06
Secondary	54	40	65	66	65	55	
Superior	11	11	17	16	22	15	
Marital status at arrival							
Alone	18	16	42	42	44	37	0.01
Long-term relationship in France	77	61	50	47	44	40	
Long-term transnational relationship	5	5	8	8	12	10	
Migration motive							
Find a job / take a chance	14	17	32	34	23	24	0.10
Family reasons	63	49	36	33	34	28	
Threatened in his/her country	8	5	18	15	23	23	
Studies	10	8	13	12	15	7	
Medical reasons	5	2	1	3	4	5	
Network at arrival							
Has partner	60	43	29	29	26	22	<0.01
Has family (no partner)	31	31	55	49	43	35	
Has friends only	7	6	9	13	12	12	
Does not know anybody	3	2	7	6	19	18	

Source: *Parcours survey, 2012-2013*

Annexe L. “Times Are Changing”. The Impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan Migrants ‘Lives in France’ [soumis]

Authors

Anne GOSSELIN^{a,b}, Eva LELIEVRE^b, Andrainolo RAVALIHASY^a, Nathalie LYDIE^c, France LERT^d, Annabel DESGREES DU LOU^{a,e} for the PARCOURS Study Group

a: CEPED, UMR 196 Université Paris Descartes – IRD, 19 rue Jacob, 75006 Paris, France,

b: INED (French Institute for Demographic Studies), 133 Bd Davout, 75020 Paris, France

c: INPES (Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé), 42 Bd de la Libération, 93200 Saint-Denis, France

d : CESP, INSERM, Hôpital Paul Brousse, 16 avenue Paul Vaillant Couturier, 94807 Villejuif, France

e : IRD (Institut de Recherche pour le Développement), 44 Bd de Dunkerque, 13572, Marseille, France

Corresponding author :

Anne Gosselin

Université Paris Descartes - CEPED

45 rue des Saint Pères

75006 Paris

France

+33 (1)78 94 98 73

anne.gosselin@ceped.org

Emails of authors:

Anne Gosselin anne.gosselin@ceped.org

Eva Lelièvre eva@ined.fr

Andrainolo Ravalihasy a.ravalihasy@ceped.org

Nathalie Lydié Nathalie.LYDIE@inpes.sante.fr

France Lert france.lert@inserm.fr

Annabel Desgrées du Loû annabel.desgrees@ird.fr

Title: "Times are Changing": the impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan Migrants' Lives in France

Abstract

Migrants coming from Sub-Saharan Africa represented 31% of new HIV diagnoses in France in 2013. Migration can constitute a biographical disruption in people's lives. What, then, is the impact of HIV diagnosis on lives that are already disrupted by migration?

In this paper, we assess the impact of HIV diagnosis on activity, union, well-being and legal status among African migrants living in France, using the ANRS PARCOURS survey, a retrospective life-event survey led in 2012-2013 in Paris greater area which collected 588 life histories of Sub-Saharan migrants living with HIV.

We modelled the probability year by year since 18 years of age until data collection to lose one's job, to experience a conjugal break up and to lose well-being and we estimated the impact of migration and diagnosis on these probabilities, after adjustment on other factors, thanks to discrete-time logistic regressions. We also looked at the probability to access long-term resident permit after HIV diagnosis with discrete time logistic regressions.

Migration entailed great activity and union disruption, though HIV/diagnosis after migration did not impact on professional and union trajectories. Yet it had a massive negative impact on well-being (aOR=7.85 [3.79,16.25] for men and 5.31 [3.00,9.42] for women). This negative impact on well-being tended to diminish for persons diagnosed between 2005 and 2013. Also, although being HIV-positive can give access to residence permit for healthcare reasons, holding this type of permit hindered the access to longer-term permits (aOR=0.20 [0.11,0.35] for men and 0.19 [0.13,0.29] for women).

The dramatic impact of HIV diagnosis on African migrants' well-being seems to be attenuated in the last decade, which hints at a normalization of the subjective experience of HIV diagnosis.

Nevertheless, HIV may trigger difficulty accessing long term residence permits among these migrants, raising the issue of access to rights for migrants with an illness.

Keywords

France; People Living With HIV (PLWHs); African Migrants; Life-Event History Survey; Normalization; Impact of HIV diagnosis

Highlights

- There was no large study about the impact of HIV on migrants' lives in Europe
- This impact may have changed over time with the improved access to HAARTs
- We assessed this impact in France with a quantitative life-event history survey
- HIV doesn't impact on activity or union, yet it has a negative impact on well-being
- Negative impact of HIV decreased recently, suggesting a progressive normalization

Main text

1. Introduction

Migrants living in Europe are particularly affected by HIV/AIDS (Cazein et al. 2015), and persons coming from Sub-Saharan Africa represented 31% of new HIV diagnoses in France in 2013 (ECDC/WHO 2014). HIV/AIDS can entail a biographical disruption in people's lives (Bury 1982) and impact many spheres, such as patients' professional lives, family and social networks, and quality of life. This was especially the case at the beginning of the epidemic, when an HIV-positive diagnosis was tantamount to a death sentence. Previous work has shown that HIV-infection negatively affected persons' chances of accessing employment, particularly among women (Bury 1982, Rabkin et al. 2004, Dray-Spira et al. 2007). It was also shown that persons living with HIV (PLHIV) could experience negative reactions from their partners when they learn about their infection (Gaillard et al. 2010). Migrants arriving in France have already experienced a deep disruption of their lives because they have left their home countries. Indeed, migration to France can provoke long-lasting separations of families (Baizán et al. 2014) and cause difficulties in occupational trajectories (Akresh 2008, Obucina 2013). What, then, is the impact of HIV diagnosis on lives that are already disrupted by migration?

The scale of the impact of a chronic illness depends not only on the context in which the person lives but also on the nature of their symptoms, their self-perception and their perception by others (Bury 1982). With the progressive transformation of HIV/AIDS into a chronic illness, the social impact of HIV/AIDS may have changed. The debate about whether HIV/AIDS could be a 'chronic disease like any other' has been ongoing since the arrival of effective treatments in 1996 (Rosenbrock et al. 2000). Qualitative research suggests that medicine has played a role in normalizing the lives of PLHIV and turning them into 'patients' (Pierret 1997).

The objective of this paper is to assess the impact of HIV diagnosis on the lives of Sub-Saharan migrants living in France using data from the PARCOURS life-event history survey. We analyze the respective impacts of HIV diagnosis and migration, and by looking at the evolution of the situation

over time, we wish to question the ‘normalization’ of life with HIV.

To test the possible transformation of the impact of HIV diagnosis, the PARCOURS data offer the unique opportunity to compare HIV diagnosis with the diagnosis of Hepatitis B, another chronic infectious disease that affects migrants from Sub-Saharan Africa. Indeed, 5.25% of Sub-Saharan migrants in France have chronic hepatitis B vs. 0.65% in the general population (Institut National de Veille Sanitaire 2009). HIV and Hepatitis B share some transmission routes (mother to child, sexual intercourse, blood transfusion), and both require lifelong treatments. Very few studies have dealt with the potential social consequences of chronic Hepatitis B, and they could be very different from the impact of an HIV diagnosis. On the one hand, chronic Hepatitis B was a disease potentially less devastating than HIV. Although once activated there is a risk of fibrosis and hepatocellular carcinoma, it remains ‘inactive’ for a long period of time; there is also the possibility to vaccinate family members. On the other hand, previous work suggests that in the French setting, PLHIV may benefit from better support than PLHB (people living with chronic hepatitis B) because they might be offered comprehensive social care (Pourette 2013) PLHIV also benefit from easier access to residence permits for healthcare reasons. Since 1998 these renewable permits have granted a one-year residence to foreigners who suffer from an illness that cannot be treated in their country of origin. Although this legislation was recently restricted (AIDES 2015), PLHIV receive it almost systematically, which is not the case for PLHB because not all patients are eligible for treatment given current guidelines.

Thus, the respective impacts of these two diseases can be questioned: even if HIV/AIDS benefits from an exceptional mobilization (Smith & Whiteside 2010) in comparison to chronic Hepatitis B, its normalization as a ‘chronic disease like any other’ may be challenged by health complications, decreased self-esteem, stigmatization and discrimination as well as social hardships that PLHIV may experience (Mazanderani & Paparini 2015). In particular, whereas migrants constitute a sizable part of these epidemics in Western countries and are the PLHIV who are in the most difficult social situations in France (Lert et al. 2013), the specific impact of HIV/AIDS on migrants’ lives and social situations has not been properly described. Sub-Saharan migrants experience difficult living conditions in France: in 2010, 42% of them lived under the national poverty line (vs. 11% among native households)

(INSEE 2012). They are particularly affected by unemployment (16% of men and 20% of women, vs. 7% and 6%, respectively, among the native population(INSEE 2010)).

In this paper, we measure the impact of HIV diagnosis on the lives of Sub-Saharan migrants living in France. We use data from the PARCOURS life-event biographical survey, which collected information on the life trajectories of Sub-Saharan migrants living with HIV or living with chronic Hepatitis B. We propose to look at this impact on professional, conjugal and legal-status trajectories, as well as on well-being across time. We analyze the respective impacts of HIV diagnosis and migration and we compare the impact of HIV diagnosis to the impact of diagnosis of chronic Hepatitis B.

2. Material and Methods

2.1 Population of interest

The ANRS PARCOURS study was conducted to analyze how health trajectories and social and migratory paths are interlaced for migrants from Sub-Saharan Africa living in France. This retrospective quantitative life-event survey was conducted from February 2012 to May 2013 in healthcare facilities in the greater Paris metropolitan area (Ile-de-France) among two groups of migrants born in Sub-Saharan Africa: one receiving HIV care, one with chronic hepatitis B (and not HIV infected). Patients were eligible if they were born in Sub-Saharan Africa, aged 18 to 59, and diagnosed at least 3 months earlier. HIV and Hepatitis B groups were randomly sampled and are representative of migrants followed for these pathologies in the Paris area. All information was anonymously collected. The Advisory Committee on Data Collection in Health Research (CCTIRS) and the French Data Protection Authority (CNIL) both approved this project.

A trained interviewer administered a face-to-face standardized life-event history questionnaire to each participant. Information collected included socio-demographic characteristics; conditions of migration and life in France; relational, sexual, and reproductive history; and healthcare pathways. Each dimension of interest was documented year by year from birth until the time of data collection. The complete survey protocol is registered on Clinicaltrials.gov (NCT02566148). The study's recruitment and design have been extensively described elsewhere (Desgrées du Loû et al. 2016).

As we are interested in looking at what happens before and after the moment of diagnosis, and because we understand that social impacts can unfold for several years after diagnosis, we exclude people who had been diagnosed recently (in the five years preceding the survey). Being diagnosed as a child can eventually entail very different consequences, and in any case, occupational and legal status situations are hardly comparable between children and adults. For this reason, we exclude persons who were diagnosed or who migrated to France before 18 years of age.

2.2 Outcomes and variables of interest

To consider the impact of diagnosis on both living conditions and quality of life, we looked at three outcomes for each year between 18 years of age and the date of data collection: being in activity, being in union and perceived well-being.

Being in activity (yes/no for a given year) means having a job or being a student during most of the year considered. Being in union (yes/no for a given year) is defined as being in a relationship that lasted at least a year, regardless of marital status or whether ego lives with his or her partner. Eventually, the persons were asked to indicate which periods in their life they considered as ‘good years’, ‘difficult years’ or ‘neither good nor bad years’. Well-being (yes/no for a given year) is then defined as a year mentioned as a ‘good year’ or a ‘neither good nor bad year’.

Lastly, to examine the impact of diagnosis on legal status, we looked at the migrant’s legal status situation as our fourth outcome for each year between the migrant’s arrival in France and the date of data collection: for a given year, we distinguished among having a long-term residence permit (10-year resident card or French nationality), having a short-term residence permit (1 to 3 years), and having no permit.

To look at the impact of diagnosis, we distinguished in each patient’s life among the period before diagnosis, the period just after diagnosis (year of the diagnosis and year after) and the period after. To look at the impact of migration, we distinguished in each patient’s life among the period before migration, the period just after migration (year of migration and year after) and the period after.

As seen in the introduction, it may have been very different to be diagnosed HIV-positive before and after the introduction of treatments. Therefore, we considered three different periods: before 1996 (the arrival of HAART), between 1996 and 2004 (when access to treatment existed in France but not in Sub-Saharan Africa) and after 2005, when the scale-up of treatments began in Sub-Saharan Africa, although important issues remain regarding access (UNAIDS 2014).

Other variables of interest include socio-demographic characteristics of the interviewees, which can influence their migratory trajectory. These include region of origin (West Africa, Central Eastern and Southern Africa), education level (none or primary, secondary, superior), and reasons for migration (take a chance, join a family member, threatened in country of origin, study, medical reasons). Age and child birth each year were taken into account as time-dependent variables.

2.3 Statistical analysis

We assume that being diagnosed with HIV or chronic Hepatitis B in a Sub-Saharan country or in France does not imply the same consequences. Because they represent more than 85% of the sample, all the statistical analyses were performed on persons diagnosed after migration.

To compare the respective impacts of HIV diagnosis and migration, we described the distribution of the proportions of persons in activity, in union and with perceived well-being over time, in relation to migration and diagnosis, by group and sex thanks to relative-time graphs (Brou et al. 2007) (See Appendix A). These curves allow us to see how the proportions vary over time and what the respective impacts of migration and HIV diagnosis are. We then described with similar curves the respective impacts of migration and diagnosis of chronic Hepatitis B.

To observe whether the impact of HIV diagnosis has changed over time, we compared with a paired chi2-test the proportions of persons who were in activity, in union and with perceived well-being the year before diagnosis and the year after, by period of HIV diagnosis (before 1996, 1996-2004 and after 2004). We performed the same analysis for chronic Hepatitis B diagnosis.

Secondly, we modeled the probability of losing activity (transition from activity or studies towards inactivity), of conjugal break ups and of losing well-being (transition from 'good years' or 'neither

good nor bad years' towards ill-being). The associations year by year (since 18 years of age) between transition towards inactivity and the situation regarding migration and diagnosis were analyzed with discrete-time logistic regression models, per sex and study group. Multivariate models were adjusted for time-independent variables (region of origin, education level, reasons for migration) and also for time-dependent variables (age, period, child birth). The same models were used to look at the factors associated with conjugal break-up and transition from well-being towards ill-being.

Eventually, we modeled the probability of access to a short-term residence permit and the probability of access to a long-term residence permit, per sex and study group. Factors associated year by year with access to a short-term residence permit from the time of arrival in France until data collection were analyzed with discrete-time logistic models adjusted for time-independent variables (region of origin, education level, reasons for migration, having obtained permit for healthcare reasons) and also for time-dependent variables (age, period, childbirth, to be in union, to be inactive). Second, we analyzed, with the same model, the factors associated year by year with access to a long-term residence permit (when one was undocumented or with a shorter-term permit) from the time of arrival in France until data collection, per sex and study group. In this last model, we consider only the first instance of access to a long-term residence permit, as we verified that for most persons this event only occurs once.

Data were weighted according to each individual's probability of inclusion in the survey, and the weights applied to all percentages. All analyses were performed in Stata SE 12.1 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA).

3. Results

3.1 Study population

The characteristics of the population are given by study group and by sex. In total, 1705 persons were included in the survey (926 with HIV and 779 with chronic hepatitis B). A total of 601 had been diagnosed less than five years ago, 131 were diagnosed or had migrated before 18 years of age, and for 22 persons there were missing data. Ultimately, 951 persons were included in the study (588 HIV-

positive, 363 with chronic Hepatitis B). The median age of migrants was between 40 and 47 and they had arrived in France 12 to 13 years ago (median) (Table 1). Whereas family reunification constitutes one of the main reasons why women came to France, men mostly came to “find a better life than at home”. Very few people were diagnosed with HIV or chronic Hepatitis B before coming to France (between 8% to 13%). Situations regarding occupation, legal status and well-being at the time of the survey may vary substantially. However, we noted the high proportion of persons who were still without a legal permit or who only had a temporary permit (for less than 1 year) at the time of the survey in all groups.

3.2 Impact of HIV diagnosis on activity, union and well-being

Among PLHIV, migration entailed a sharp drop in activity and union levels, with different patterns for men and women (Figure 1). The proportion of men in union decreased strongly when they migrated, whereas male activity remained at a high level. For women, migration led to a decrease both in union and activity. In contrast, HIV diagnosis did not seem to impact activity and union levels, yet it entailed a sharp decline in well-being for both sexes. Among people with chronic Hepatitis B, the changes in activity and union around migration were similar to the HIV group, in particular among men (Figure 2). Among women, migration was motivated for a large proportion by family reunification (as 46% of women came for that reason in the Hepatitis B group, see Table 1): there was a sharp drop in activity and well-being levels, associated with an increase of the proportion of persons in union. The diagnosis of chronic Hepatitis B seemed to also provoke a decrease in well-being levels for men, albeit to a much lesser extent than for HIV. There was no effect of chronic Hepatitis B diagnosis on well-being among women, but there was a great decrease in activity rate.

When comparing the proportions of persons in activity, in union and with perceived well-being just before and just after HIV diagnosis, according to the period of diagnosis, it is noteworthy that before the arrival of antiretroviral treatments in 1996, HIV diagnosis entailed a decrease of activity and well-being levels, without effect on union levels (Figure 3). During the period that followed the arrival of antiretroviral treatment (1996-2004), the diagnosis was no longer followed by a decrease in activity, and union levels remained unaffected by HIV/diagnosis. Still, diagnosis was followed by a major

decrease in perceived well-being. However, in the recent period, the decrease in the well-being rate is no longer statistically significant ($p=0.14$), hinting at an improvement in subjective experience of HIV diagnosis. However, we notice in this recent period a loss of activity after HIV diagnosis ($p<0.02$). When comparing the proportions of persons in activity, in union and with perceived well-being just before and just after chronic Hepatitis B diagnosis, there was no significant difference according to the period of diagnosis (see Appendix B).

The multivariate analyses (tables 2 to 4) allow us to measure the impacts of migration and diagnoses, everything being equal, and to adjust by period. The impact of migration on the loss of activity is confirmed for both men and women (Table 2): in both groups, the period after arrival in France is associated with an increase in activity loss (OR=8.60 [4.06-18.25] and 18.55 [9.24-37.26] for men, 11.01 [6.80-17.84] and 8.28 [3.39-20.22] for women, in HIV and Hepatitis B groups, respectively). As for the diagnosis, it does not provoke loss of activity. In all groups the probability of loss of activity increased in the recent period (2005-2013) compared to persons who arrived before 1996.

The multivariate analysis confirms the impact of migration on union status, the period after arrival in France being associated with an increase in union break up (OR=3.59 [1.95-6.62] for men and 2.90 [1.68-5.01] for women in the HIV group, for instance) (Table 3). The absence of an effect of HIV or Hepatitis B diagnoses on union break up is noteworthy. The birth of a child is, as expected, associated with fewer union break ups for both groups and for both sexes.

In the period just after migration, the probability of ill-being increases for both groups and for both men (OR=6.43 [3.33-12.40] and 6.62 [3.49-12.57] in HIV and Hepatitis B groups, respectively) and women (OR=14.41 [8.16-25.44] and 9.42 [3.10-28.67] in HIV and Hepatitis B groups, respectively) (Table 4). As for diagnosis, its impact on ill-being is massive for the HIV group (OR=7.85 [3.79-16.25] for men and OR=5.31 [3.00-9.42] for women) and is not significant for the Hepatitis B group. Among HIV positive men, those who came to France because they were threatened in their country are also more likely to experience ill-being. From the third year after diagnosis onwards, people seldom experience ill-being.

3.3 Impact of HIV diagnosis on legal status

As expected, for both groups the access to a short-term residence permit is accelerated by HIV diagnosis, due to the possibility of access to a permit of stay for healthcare reasons (See Appendix C, Table C1). The probability of access to a short-term permit was higher in the HIV group and increased just after diagnosis. In contrast, the access to a 10-year resident card or to French nationality was deeply hindered by having a permit for healthcare reasons both for men (OR=0.20 [0.11-0.35] and 0.16 [0.07-0.33] in HIV and Hepatitis B groups, respectively) and women (OR=0.19 [0.13-0.29] and 0.25 [0.10-0.62] in the two groups). The recent period was associated with less access to a resident card or French nationality than before 1996 (OR 2005-2013= 0.20 [0.08-0.47] among Hepatitis B men and 0.50 [0.26-0.96] among HIV women). Migration circumstances also played a role, as women coming for family reunification had quicker access to a resident card or French nationality. Eventually, as men often have to wait for long-term permits to marry and make their spouse come to France, to be in union was positively associated with access to a long term permit in both the HIV and Hepatitis groups.

4. Discussion

This study shows that it is the migration itself rather than HIV or chronic Hepatitis B diagnoses that entails greater consequences for Sub-Saharan migrants' activity and union trajectories. Indeed, migration provokes important disruptions in terms of activity and union: when arriving in France, migrants are often without a stable partner and without activity. This also corresponds to a long period of settlement where migrants do not have access to basic elements of security (Gosselin et al. 2016). Moreover, 31% of men and 41% of women discover their HIV infection during their first or second year in France, when they have already experienced several disruptions in their jobs and in their families. Although the situation improves afterwards, this difficult period and its consequences on patients' daily lives should be taken into account in migrants' healthcare, whatever their pathology may be.

HIV diagnosis does not seem to have a major impact on activity status, nor on union, overall. Some studies have already noted that the 'surplus' of union break ups among HIV-positive women in Côte d'Ivoire was not due to the partner's disclosure as such but rather to the higher mortality rate among

male partners (Desgrées du Loû et al. 2009), thus calling into question the idea that HIV-related stigmatization could cause conjugal separations. Our study confirms this finding and brings a different perspective to HIV studies: at a population level, HIV diagnosis as such never brought about union break-ups among Sub-Saharan African migrants, whether before or after the arrival of antiretroviral treatments.

However, HIV diagnosis provokes a dramatic decrease in persons' well-being, which seems to be attenuated in the last decade. Actually, there is no such decrease in well-being after a diagnosis of chronic Hepatitis B after adjustment on other factors. This impressive decrease in well-being at the time of HIV diagnosis reflects the extent to which HIV/AIDS is a disease associated with negative representations. Even if normalization of HIV is under way, previous studies have shown that patients' discourses are haunted by previous and contradictory experiences with the virus, as is undoubtedly the case for persons who have witnessed family and friends die of HIV-related illnesses (Mazanderani & Paparini 2015). However, this subjective experience of HIV diagnosis has evolved as antiretroviral treatments have arrived, as most PLHIV can now lead an 'almost normal life,' although stigmatization and health-related uncertainty remain background concerns (Desclaux et al. 2014).

When looking at all Sub-Saharan migrants, independently of HIV, the general situation they have to face in France has worsened over time. Both the hardening of migratory laws (Block & Bonjour 2013) and the economic crisis made it very difficult for migrants to secure employment and permanent permits of stay in the last decade (Gosselin et al. 2016). The role of the economic crisis in the degradation of the employment situation for PLHIV was already noted (Annequin et al. 2015), and our study confirms the recent degradation of the employment situation for migrants living with HIV.

Despite this enduring context, after diagnosis Sub-Saharan migrants' well-being improves again, reflecting not only the positive impact of access to treatments on many aspects of life (Tsai et al. 2013, Rosen et al. 2010) but also the effect of accessing comprehensive social care through hospital services and charities. This comprehensive social care thus allows for psychological resilience, and persons progressively adjust to their new condition. However, this social protection has its downsides, namely that if HIV diagnosis facilitates access to one-year renewable permits, it hinders migrants' access to

longer residence permits, as shown in previous research and as we confirm in our study (Lert 2014). This can prevent migrants from settling down for the longer term by, for instance, securing stable employment and having their family join them.

Our study has some limitations. We used synthetic indicators for activity and union (such as to be in union or not, to be inactivity or not) and they cannot take into account changes in activity or partnership. Additionally, we lacked the statistical power to analyze the specific situations of persons diagnosed before migration; however, they represented only approximately 10% of the sample. The strength of the study, however, is to provide a global view of the social consequences of HIV/AIDS. By comparing HIV/AIDS with chronic Hepatitis B, we confirm the specificity of HIV in terms of its degradation of well-being. However, we also show that the major disruption to social life is caused by migration, with the impact of migration appearing much more determinant of professional and union trajectories than the impact of HIV diagnosis.

5. Conclusion

Migration entails great consequences for people's lives. Public policy aiming at improving life with HIV should thus specifically address the difficult situation faced by Sub-Saharan migrants when they arrive in France. Even if the situation is improving, HIV diagnosis can trigger a degradation of well-being, and further research is needed to understand why stigmatization remains so high in the era of generalized antiretroviral therapy and how this can interact with persons' well-being. Additionally, Sub-Saharan migrants have difficulty accessing long term residence permits, especially during the recent period. At a time when migrants are enduring renewed forms of fear and rejection in European societies, this issue of access to rights, as well as the living conditions of migrants, must be addressed by the HIV community and beyond.

References

- AIDES (2015) « Rapport de l'Observatoire Malades Etrangers. Droit au séjour pour soins », Pantin.
- I. R. Akresh (2008) « Occupational Trajectories of Legal US Immigrants: Downgrading and Recovery », *Popul. Dev. Rev*, 34(3), 435-456, doi: 10.1111/j.1728-4457.2008.00231.x
- M. Annequin, F. Lert, B. Spire, and R. Dray-Spira (2015), « Has the employment status of people living with HIV changed since the early 2000s? », *AIDS*, 29(12), 1537-1547,doi: 10.1097/QAD.0000000000000722.

- 365 P. Baizán, C. Beauchemin, and A. Gonzáles-Ferrer (2014) « An Origin and Destination Perspective on
366 family Reunification: The Case of Senegalese Couples », *Eur. J. Popul.*, 30, 65-87, doi:
367 10.1007/s10680-013-9305-6.
- 368 L. Block and S. Bonjour (2013) « Fortress Europe or Europe of Rights? The Europeanisation of
369 Family Migration Policies in France, Germany and the Netherlands », *Eur. J. Migr. Law*, 15 (2),
370 203-224, doi: 10.1163/15718166-12342031.
- 371 H. Brou, G. Djohan, R. Becquet, G. Allou, D.K. Ekouevi, I. Viho, V. Leroy, A. Desgrées du Loû,
372 ANRS 1201/1202/1253 Ditrane Plus Study Group (2007) « When do HIV-infected
373 Women Disclose Their HIV Status to Their Male Partner and Why? A study in a PMTCT
374 Programme, Abidjan », *Plos Med*, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040342>
- 375 M. Bury (1982) « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociol. Health Illn.*, 4(2), 167-182,
376 doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939.
- 377 F. Cazein, J. Pillonel, Y. Le Strat, R. Pinget, S. Le Vu, S. Brunet, D. Thierry, D. Brand, M. Leclerc, L.
378 Benyelles, C. Da Costa, F. Barin, and F. Lot (2015) « Découvertes de séropositivité VIH et de
379 sida, France, 2003-2013 », *Bull. Épidémiologique Hebd.*, (9-10), 152-161.
- 380 A. Desclaux, S. Boye, K. Sow, and T. Ndoeye (2014) « [Experience of people living with HIV (PLHIV)
381 on chronic disease: a typology] », *Bull. Société Pathol. Exot.* 1990, 107(4), 244-245, doi:
382 10.1007/s13149-014-0347-8
- 383 A. Desgrées du Loû, J. Pannetier, A. Ravalihasy, M. Le Guen, A. Gosselin, H. Panjo, N. Bajos, N.
384 Lydie, F. Lert, R. Dray-Spira, and the Parcours Study Group (2016) « Is hardship during
385 migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-
386 saharan African Migrants in France. », *AIDS*, 30, 645-656, doi:
387 10.1097/QAD.0000000000000957
- 388 A. Desgrées-du-Loû, H. Brou, A. T. Traore, G. Djohan, R. Becquet, and V. Leroy (2009) « From
389 prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple »,
390 *Soc. Sci. Med.*, 69(6), 892-899, doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.045
- 391 R. Dray-Spira (2008) « L'emploi des femmes séropositives en France », *MS Femmes Sida*, 2, 176-183.
- 392 R. Dray-Spira and F. Lert (2007) « Living and working with HIV in France in 2003: results from the
393 ANRS-EN12-VESPA Study », *AIDS*, 21(S1), S29-S36,
394 doi:10.1097/01.aids.0000255082.31728.52
- 395 European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe (2014)
396 « HIV/AIDS surveillance in Europe 2013 », Stockholm: European Centre for Disease Prevention
397 and Control.
- 398 P. Gaillard, R. Melis, F. Mwanyumba, P. Claeys, E. Muigai, K. Mandaliya, J. Bwayo, and M.
399 Temmerman (2002) « Vulnerability of women in an African setting: lessons for mother-to-child
400 HIV transmission prevention programmes », *AIDS*, 16 (6) 937-939
- 401 A. Gosselin, A. Desgrées du Loû, E. Lelièvre, F. Lert, R. Dray-Spira, N. Lydié, for the Parcours Study
402 group (2016) « Understanding Sub-Saharan migrant settlement in France through a capability
403 approach : evidence from a life-event history survey. » Working Paper du Ceped, 33, available at
404 : [http://www.cephed.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-](http://www.cephed.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-cephed/article/understanding-sub-saharan-migrant)
405 [cephed/article/understanding-sub-saharan-migrant](http://www.cephed.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-cephed/article/understanding-sub-saharan-migrant) INSEE (2012), « Immigrés et descendants
406 d'immigrés en France. Conditions de vie », Insee Références.
- 407 INSEE (2010) « French Census Data 2010 », 2010. [Online]. Available at :
408 [http://www.insee.fr/fr/bases-de-](http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2010/rp2010.htm)
409 [donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2010/rp2010.htm](http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2010/rp2010.htm)
- 410 Institut national de veille sanitaire (2009) « Numéro thématique - Surveillance et prévention des
411 hépatites B et C en France: bilan et perspectives », Bulletin épidémiologique hebdomadaire

thématique 20/21.

- F. Lert (2014) « Vivre avec le VIH dans les DOM: une exclusion sociale encore trop forte | Vih.org ». [Online]. Available at: <http://vih.org/20140520/vivre-vih-dom-exclusion-sociale-encore-trop-forte/63746> . [consulted 23/06/2015].
- F. Lert, M. Annequin, L. Tron, C. Aubrière, C. Hamelin, B. Spire, R. Dray-Spira, and the Vespa2 Study Group (2013) « Situation socio-économique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », Institut national de veille sanitaire, in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (26-27)
- F. Mazanderani and S. Paparini (2015), « The stories we tell: Qualitative research interviews, talking technologies and the 'normalisation' of life with HIV », *Soc. Sci. Med.*, 131,66-73, doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.041
- O. Obucina (2013), « Occupational trajectories and occupational cost among Senegalese immigrants in Europe », *Demogr. Res.*, 28(19), 547-580, doi: 10.4054/DemRes.2013.28.19
- J. G. Rabkin, M. McElhiney, S. J. Ferrando, W. Van Gorp, and S. H. Lin (2004) « Predictors of employment of men with HIV/AIDS: a longitudinal study », *Psychosom. Med.*, 66(1), 72-78, doi: 10.1097/01.PSY.0000108083.43147.6D.
- R. Rosenbrock, F. Dubois-Arber, M. Moers, P. Pinell, D. Schaeffer, and M. Setbon (2000) « The normalization of AIDS in Western European countries », *Soc. Sci. Med.*, 50(11), 1607-1629, doi:10.1016/S0277-9536(99)00469-4
- J. Pierret (1997) « An analysis over time (1990-2000) of the experiences of living with HIV », *Soc. Sci. Med.* 1982, 65(8), 1595-1605, doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.017
- D. Pourette (2013) « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient », *Santé Publique*, 25(5), 561-570.
- S. Rosen, B. Larson, A. Brennan, L. Long, M. Fox, C. Mongwenyana, M. Ketlhapile, and I. Sanne (2010) « Economic Outcomes of Patients Receiving Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS in South Africa Are Sustained through Three Years on Treatment », *PLOS ONE*, 5(9), doi.org/10.1371/journal.pone.00127
- J. H. Smith and A. Whiteside (2010) « The history of AIDS exceptionalism », *J. Int. AIDS Soc.*, 13(47), doi:10.1186/1758-2652-13-47.
- A. C. Tsai, D. R. Bangsberg, M. Bwana, J. E. Haberer, E. A. Frongillo, C. Muzoora, E. Kumbakumba, P. W. Hunt, J. N. Martin, and S. Weiser (2013) « How does antiretroviral treatment attenuate the stigma of HIV? Evidence from a cohort study in rural Uganda. », *Aids Behav.*, 17, 2725-2731, doi: 10.1007/s10461-013-0503-3
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2014), « Global Statistics - Fact Sheet 2014 », 2014. [Online]. Available at : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf.

459 **Table 1. Socio-demographic characteristics of the studied population at arrival in**
460 **France and at time of survey**

	Men				Women			
	HIV (N=213)		HepB (N=261)		HIV (N=375)		HepB (N=102)	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Age at time of survey								
Median age at time of survey (IQR)	47 (42,54)		43 (37,49)		42 (37,47)		40 (36,46)	
Region of origin								
West Africa	55	113	79	206	54	199	79	79
Central, Eastern and Southern Africa	45	100	21	55	46	176	21	23
Education level at arrival in France								
None, primary	25	54	34	91	25	95	22	23
Secondary	48	102	37	98	58	216	58	59
Superior	27	57	29	72	17	64	20	20
Median year of arrival in France (IQR)	2000 (1989-2003)		2001 (1992-2003)		2001 (1996-2003)		2001 (1998-2005)	
Median length of stay (IQR)	13 (10-24)		13 (10-21)		12(10-17)		12 (8-15)	
Median age at arrival in France (IQR)	30 (25-37)		27 (24-33)		29 (24-34)		27 (24-33)	
Reason for coming to France								
Work, take a chance	44	102	52	135	37	138	32	33
Family	11	22	8	24	34	130	46	47
Threatened in country of origin	18	36	15	37	11	40	6	7
Studies	16	30	20	50	9	30	8	7
Medical reasons	11	23	5	15	9	37	8	8
Period of arrival								
Before 1996	40	84	32	80	21	90	19	20
1996-2004	44	94	49	130	61	211	53	54
2005-2013	16	35	18	51	18	74	27	28
Median year of HIV and Hepatitis diagnosis (IQR)	2003 (1999-2005)		2004 (2001-2006)		2002 (1999-2005)		2003 (2001-2006)	
Median age at time of diagnosis	36 (31-42)		37(31-41)		31 (27-36)		29 (28-35)	
Timing of diagnosis in relation to migration								
Diagnosed before migration	12	28	8	23	13	55	12	12
Diagnosed 1st or 2d year in France	31	72	30	80	41	165	44	45
Diagnosed from 3d year in France onwards	57	113	62	158	46	155	44	45
Legal status situation at time of survey								
No permit or less than 1 year	18	32	27	76	12	50	17	17
Short-term permit	35	76	32	78	33	136	30	28
Long term permit	47	105	41	107	55	189	53	57
Occupational situation at time of survey								
Inactive	24	52	18	47	30	109	32	32
Studies	1	4	1	5	6	14	8	7
Activity	74	157	81	209	64	252	60	63
Conjugal situation at time of survey								
In union	63	134	76	198	60	231	68	70
Perceived well being at time of survey								
Ill being	29	63	22	57	24	91	28	29
Nor good nor bad	25	44	16	49	20	75	15	17
Well being	46	106	62	155	56	209	57	56

461 *Scope : persons of HIV and Hepatitis B groups who have not yet migrated or being diagnosed*
462 *at 18 years of age and who are observed at least five years after diagnosis*

463

464 *Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013*

465

Table 2 : Factors associated with transition towards inactivity year by year since 18 years of age until data collection

	Men		Women	
	HIV 4735 person-years at risk aOR [CI95%]	Hepatitis B 5984 person-years at risk aOR [CI95%]	HIV 6113 person-years at risk aOR [CI95%]	Hepatitis B 1836 person-years at risk aOR [CI95%]
Time*	0.99 [0.96,1.01]	0.95* [0.92,0.99]	1.01 [0.98,1.03]	0.99 [0.93,1.05]
Period *				
Before 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.25 [0.73,2.12]	2.30** [1.26,4.19]	1.53* [1.03,2.27]	1.44 [0.57,3.67]
2005-2013	1.32 [0.67,2.59]	2.72* [1.22,6.07]	2.07* [1.19,3.60]	3.00 [0.75,12.03]
Region of origin				
West Africa	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Central, Eastern and Southern Africa	2.01** [1.28,3.14]	0.76 [0.42,1.38]	1.44* [1.05,1.97]	1.06 [0.47,2.41]
Education level at arrival in France				
None, primary	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondary	1.41 [0.84,2.36]	1.46 [0.86,2.48]	1.21 [0.80,1.82]	2.52** [1.28,4.98]
Superior	1.21 [0.63,2.33]	1.73 [0.80,3.72]	1.08 [0.64,1.83]	1.72 [0.77,3.83]
Reason for coming to France				
Work, take a chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Family	0.94 [0.43,2.04]	0.95 [0.38,2.37]	1.44* [1.01,2.05]	1.37 [0.70,2.67]
Threatened in country of origin	1.09 [0.71,1.67]	1.34 [0.74,2.41]	1.29 [0.85,1.97]	1.13 [0.27,4.79]
Studies	1.01 [0.51,2.01]	0.56 [0.26,1.22]	0.75 [0.39,1.44]	0.29 [0.08,1.02]
Medical reasons	1.17 [0.43,3.13]	0.66 [0.19,2.32]	1.93* [1.03,3.64]	1.06 [0.48,2.34]
Age in categories*				
19-24	0.63 [0.26,1.54]	0.81 [0.37,1.79]	1.50 [0.80,2.82]	0.67 [0.21,2.15]
25-34	0.97 [0.53,1.78]	1.25 [0.71,2.22]	1.02 [0.67,1.58]	0.55 [0.28,1.08]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	1.64 [0.90,2.99]	3.07** [1.49,6.32]	1.42 [0.89,2.29]	0.10** [0.02,0.48]
Migration*				
Has not migrated yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of migration and following year	8.60*** [4.06,18.25]	18.55*** [9.24,37.26]	11.01*** [6.80,17.84]	8.28*** [3.39,20.22]
3d year in France and beyond	1.74 [0.82,3.69]	1.23 [0.44,3.42]	1.50 [0.79,2.84]	1.13 [0.49,2.59]
Diagnosis*				
Has not been diagnosed yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of diagnosis and following year	1.41 [0.65,3.07]	1.11 [0.58,2.13]	1.06 [0.59,1.90]	0.89 [0.37,2.12]
3d year after diagnosis and beyond	0.96 [0.41,2.25]	1.34 [0.58,3.13]	0.97 [0.48,1.95]	0.66 [0.25,1.71]
Child birth*	1.42 [0.80,2.51]	0.75 [0.35,1.64]	2.56*** [1.63,4.01]	1.90 [0.74,4.87]
To be in union*	0.74 [0.49,1.11]	0.99 [0.59,1.64]	0.99 [0.68,1.44]	1.30 [0.68,2.49]

Discrete-time logistic models where v*=time-dependent variable

Scope : persons of HIV and Hepatitis B groups who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards

HIV group: N=185 men and 318 women (2 persons never at risk); HepB group: N=238 men and 89 women (1 person never at risk)

Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013

Table 3 : Factors associated with conjugal break ups year by year since 18 years of age until data collection

	Men		Women	
	HIV	Hepatitis B	HIV	Hepatitis B
	3312 person-years at risk	3620 person-years at risk	5392 person-years at risk	1508 person-years at risk
	aOR [CI95%]	aOR [CI95%]	aOR [CI95%]	aOR [CI95%]
Time*	0.98 [0.95,1.01]	0.98 [0.94,1.03]	0.98* [0.95,1.00]	1.03 [0.98,1.08]
Period *				
Before 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.29 [0.75,2.21]	1.52 [0.96,2.41]	1.70** [1.19,2.43]	1.82 [0.91,3.64]
2005-2013	1.33 [0.66,2.67]	2.26* [1.10,4.63]	1.67 [0.93,3.01]	2.28 [0.75,6.94]
Region of origin				
West Africa	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Central, Eastern and Southern Africa	1.39 [0.95,2.03]	1.25 [0.84,1.86]	1.09 [0.81,1.48]	0.64 [0.36,1.13]
Education level at arrival in France				
None, primary	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondary	1.12 [0.65,1.93]	1.43 [0.59,3.43]	0.73 [0.52,1.03]	1.17 [0.59,2.32]
Superior	0.57 [0.30,1.09]	1.08 [0.45,2.59]	0.67 [0.41,1.10]	0.60 [0.25,1.45]
Reason for coming to France				
Work, take a chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Family	1.94* [1.06,3.53]	1.04 [0.51,2.11]	0.81 [0.60,1.09]	0.46* [0.23,0.92]
Threatened in country of origin	1.23 [0.78,1.94]	1.23 [0.40,3.74]	1.13 [0.71,1.79]	0.82 [0.31,2.19]
Studies	1.70 [0.98,2.98]	1.23 [0.68,2.23]	1.12 [0.65,1.95]	1.68 [0.78,3.60]
Medical reasons	3.01** [1.52,5.95]	2.41** [1.30,4.47]	0.82 [0.44,1.52]	1.66 [0.55,5.03]
Age in categories*				
19-24	1.41 [0.74,2.69]	3.31** [1.36,8.02]	0.91 [0.53,1.57]	1.00 [0.32,3.10]
25-34	1.32 [0.82,2.13]	1.76* [1.01,3.05]	0.87 [0.56,1.33]	1.34 [0.54,3.33]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.71 [0.38,1.34]	0.75 [0.31,1.81]	1.42 [0.73,2.76]	1.13 [0.38,3.37]
Migration*				
Has not migrated yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of migration and following year	3.59*** [1.95,6.62]	3.81*** [2.05,7.09]	2.90*** [1.68,5.01]	2.37 [0.79,7.15]
3d year in France and beyond	0.99 [0.56,1.74]	0.85 [0.45,1.58]	1.01 [0.62,1.65]	0.67 [0.24,1.86]
Diagnosis*				
Has not been diagnosed yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of diagnosis and following year	1.14 [0.57,2.29]	0.61 [0.28,1.32]	0.91 [0.54,1.54]	1.38 [0.42,4.50]
3d year after diagnosis and beyond	1.10 [0.61,2.00]	0.75 [0.39,1.47]	0.61 [0.35,1.07]	0.53 [0.14,1.95]
Child birth *	0.25** [0.10,0.65]	0.21** [0.08,0.58]	0.21*** [0.10,0.45]	0.13** [0.03,0.56]
To be inactive *	1.78** [1.18,2.71]	0.81 [0.41,1.59]	0.99 [0.71,1.39]	0.52 [0.21,1.29]

Discrete-time logistic models where v*=time-dependent variable

Scope : persons of HIV and Hepatitis B groups who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards

HIV group: N= 180 men and 314 women (11 persons never at risk); HepB group: N=226 men and 88 women (14 persons never at risk)

Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013

Table 4 : Factors associated with transition towards ill-being year by year since 18 years of age until data collection

	Men		Women	
	HIV (N=213) 3853 person-years at risk	Hepatitis B (N=264) 4189 person-years at risk	HIV (N=375) 5227 person-years at risk	Hepatitis B (N=103) 1541 person-years at risk
Time*	aOR [CI95%] 1.04* [1.01,1.08]	aOR [CI95%] 1.04* [1.00,1.07]	aOR [CI95%] 1.07*** [1.03,1.10]	aOR [CI95%] 1.02 [0.97,1.07]
Period *				
Before 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	1.21 [0.76,1.93]	1.61* [1.05,2.49]	1.38 [0.86,2.22]	1.42 [0.59,3.40]
2005-2013	1.46 [0.67,3.17]	1.28 [0.56,2.90]	1.76 [0.80,3.87]	2.48 [0.76,8.16]
Region of origin				
West Africa	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Central, Eastern and Southern Africa	0.99 [0.60,1.62]	1.03 [0.72,1.47]	0.90 [0.62,1.31]	0.75 [0.27,2.05]
Education level at arrival in France				
None, primary	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondary	0.82 [0.42,1.58]	1.20 [0.74,1.96]	0.84 [0.54,1.33]	0.98 [0.47,2.08]
Superior	1.02 [0.44,2.36]	1.56 [0.85,2.85]	0.84 [0.46,1.54]	0.95 [0.26,3.50]
Reason for coming to France				
Work, take a chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Family	1.23 [0.76,2.00]	0.80 [0.38,1.66]	0.79 [0.49,1.27]	0.27*** [0.13,0.59]
Threatened in country of origin	2.26** [1.28,3.96]	1.52 [0.94,2.46]	1.65 [0.98,2.77]	0.56 [0.14,2.26]
Studies	0.90 [0.37,2.19]	1.02 [0.62,1.67]	0.78 [0.39,1.56]	1.06 [0.38,2.96]
Medical reasons	1.02 [0.53,1.99]	0.52 [0.25,1.04]	0.94 [0.36,2.43]	0.29 [0.05,1.63]
Age in categories*				
19-24	1.68 [0.71,3.99]	1.19 [0.59,2.38]	3.77*** [1.94,7.30]	3.00 [0.76,11.82]
25-34	2.54** [1.39,4.63]	1.00 [0.62,1.63]	2.24** [1.38,3.63]	3.36* [1.33,8.47]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.46 [0.19,1.11]	0.78 [0.34,1.80]	0.57 [0.20,1.67]	0.59 [0.11,3.19]
Migration*				
Has not migrated yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of migration and following year	6.43*** [3.33,12.40]	6.62*** [3.49,12.57]	14.41*** [8.16,25.44]	9.42*** [3.10,28.67]
3d year in France and beyond	0.74 [0.41,1.33]	0.94 [0.54,1.64]	3.70*** [1.95,7.00]	0.68 [0.20,2.39]
Diagnosis*				
Has not been diagnosed yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of diagnosis and following year	7.85*** [3.79,16.25]	1.40 [0.64,3.06]	5.31*** [3.00,9.42]	1.43 [0.50,4.13]
3d year after diagnosis and beyond	0.88 [0.41,1.87]	0.44* [0.20,0.98]	0.24*** [0.11,0.52]	1.53 [0.53,4.38]
Child birth*	0.89 [0.50,1.59]	1.88* [1.06,3.34]	1.33 [0.76,2.33]	1.20 [0.46,3.15]
To be in union*	1.09 [0.74,1.59]	0.93 [0.62,1.39]	1.55* [1.11,2.17]	0.77 [0.43,1.38]
To be inactive *	1.58 [0.89,2.82]	2.73** [1.44,5.15]	0.76 [0.48,1.21]	0.66 [0.30,1.45]

Discrete-time logistic models where $\gamma^* = \text{time-dependent variable}$

Scope : persons of HIV and Hepatitis B groups who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards. HIV group: N=180 men and 309 women (16 persons never at risk); HepB group: N=232 men and 89 women (8 persons never at risk)

Source : ANRS Parours Survey 2012-2013

Table 5: Factors associated with access to resident card or French nationality year by year since arrival in France until data collection

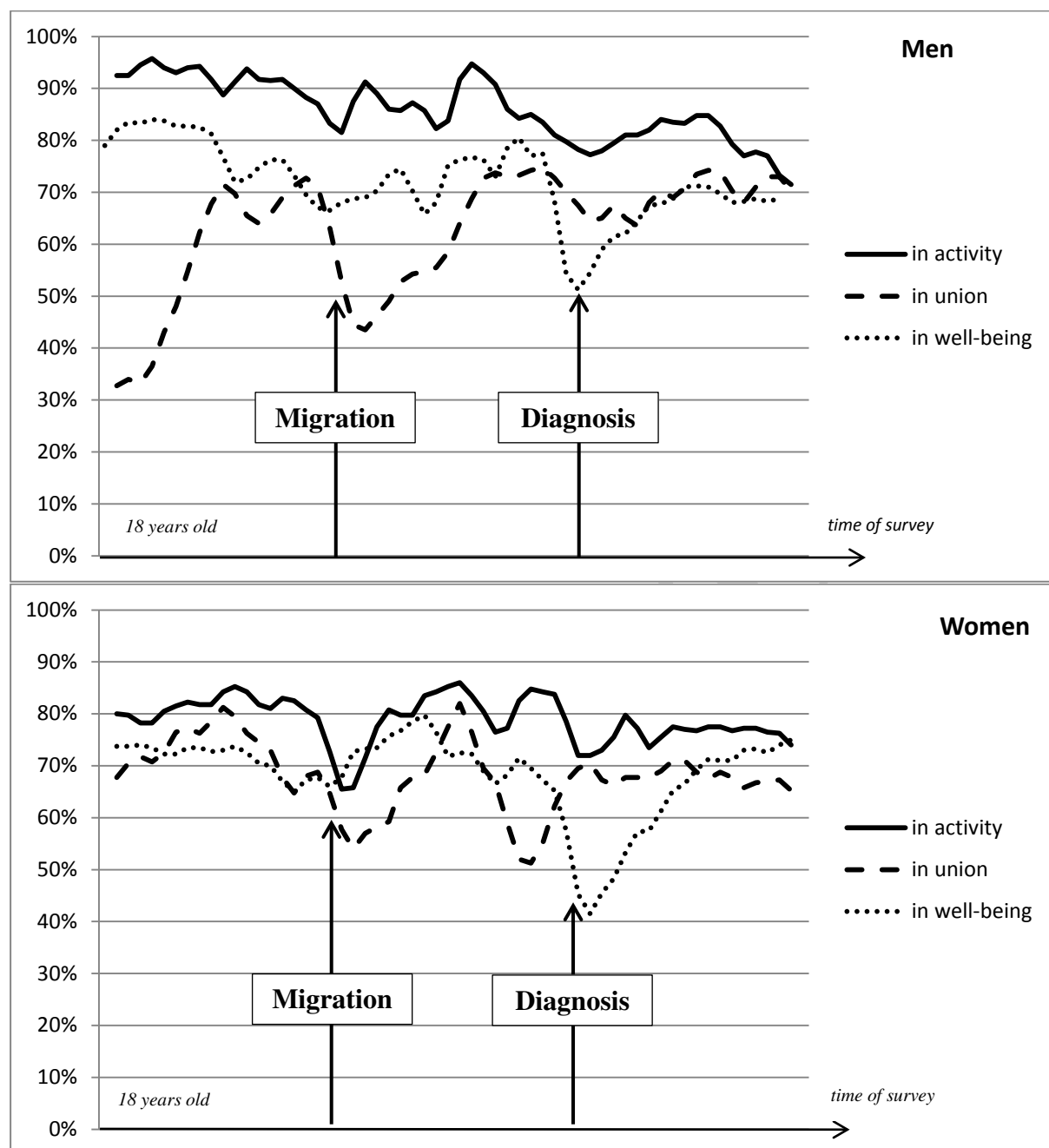
	Men		Women	
	HIV 2094 persons-years at risk aOR [CI95%]	Hepatitis B 2682 persons-years at risk aOR [CI95%]	HIV 2791 persons-years at risk aOR [CI95%]	Hepatitis B 689 persons-years at risk aOR [CI95%]
Time*	1.06 [1.00,1.13]	1.04 [0.99,1.10]	1.08** [1.02,1.13]	1.12 [0.98,1.29]
Period *				
Before 1996	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
1996-2004	0.53 [0.27,1.04]	0.39** [0.22,0.68]	0.69 [0.42,1.15]	0.92 [0.24,3.46]
2005-2013	0.52 [0.23,1.18]	0.20*** [0.08,0.47]	0.50* [0.26,0.96]	0.23 [0.05,1.15]
Region of origin				
West Africa	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Central, Eastern and Southern Africa	0.94 [0.56,1.58]	0.57 [0.30,1.07]	1.08 [0.71,1.65]	1.67 [0.69,4.06]
Education level at arrival in France				
None, primary	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Secondary	1.22 [0.56,2.65]	1.87* [1.02,3.45]	1.37 [0.76,2.45]	1.56 [0.62,3.91]
Superior	1.42 [0.58,3.46]	4.14** [1.73,9.92]	1.63 [0.83,3.23]	1.84 [0.46,7.38]
Reason for coming to France				
Work, take a chance	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Family	1.59 [0.48,5.31]	2.12 [0.91,4.94]	1.74* [1.03,2.92]	2.90* [1.09,7.72]
Threatened in country of origin	2.02* [1.05,3.89]	1.45 [0.67,3.18]	1.12 [0.55,2.30]	2.36 [0.47,11.85]
Studies	0.56 [0.26,1.20]	0.53 [0.23,1.22]	1.27 [0.64,2.50]	2.36 [0.47,11.78]
Medical reasons	7.19*** [2.53,20.42]	0.85 [0.29,2.46]	1.30 [0.59,2.89]	0.14 [0.01,1.51]
Age in categories*				
19-24	2.17 [0.86,5.44]	0.40 [0.12,1.35]	0.96 [0.47,1.96]	1.32 [0.39,4.43]
25-34	0.58 [0.29,1.15]	0.94 [0.54,1.65]	0.75 [0.45,1.26]	0.63 [0.23,1.76]
35-44	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
45-59	0.95 [0.43,2.08]	1.32 [0.56,3.10]	1.72 [0.94,3.17]	3.69 [0.84,16.13]
Diagnosis in categories *				
Has not been diagnosed yet	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]	1.00 [1.00,1.00]
Year of diagnosis and following year	1.65 [0.76,3.60]	2.32* [1.21,4.48]	1.90 [0.96,3.75]	1.54 [0.52,4.55]
3d year after diagnosis and beyond	1.18 [0.63,2.23]	1.64 [0.61,4.39]	1.62 [0.86,3.05]	0.78 [0.24,2.54]
Child birth *	0.96 [0.40,2.28]	1.26 [0.61,2.58]	1.28 [0.63,2.61]	1.40 [0.48,4.13]
To be in union*	2.05** [1.24,3.40]	2.85*** [1.53,5.32]	1.30 [0.82,2.07]	0.98 [0.29,3.29]
To be inactive*	0.40* [0.17,0.92]	0.44 [0.16,1.23]	1.36 [0.79,2.31]	0.38* [0.16,0.87]
Has obtained a permit for health reasons	0.20*** [0.11,0.35]	0.16*** [0.07,0.33]	0.19*** [0.13,0.29]	0.25** [0.10,0.62]

Discrete-time logistic models where v*=time-dependent variable

Scope : persons of HIV and Hepatitis B groups who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards. HIV group: N=185 men and 320 women; HepB group: N=261men and 102 women

Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013

Figure 1. Persons living with HIV: proportion of men and women in activity, union and well-being in relation to migration and HIV diagnosis

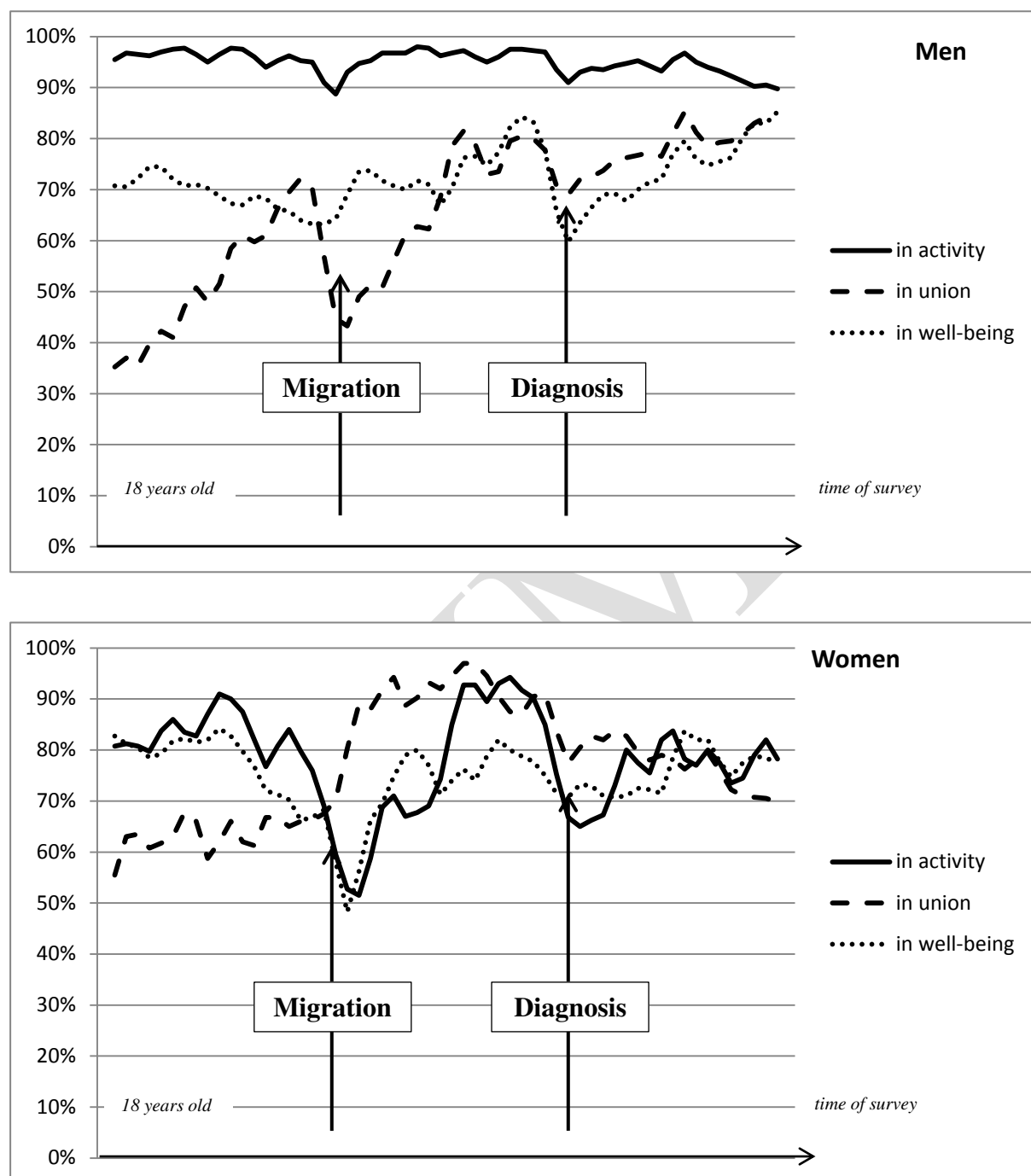


Time-relative graphs (see A1)

Scope : men (N=185) and women (N=320) from HIV group who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards

Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013

Figure 2. Persons living with chronic Hepatitis B: proportion of men and women in activity, union and well-being in relation to migration and chronic Hepatitis B diagnosis

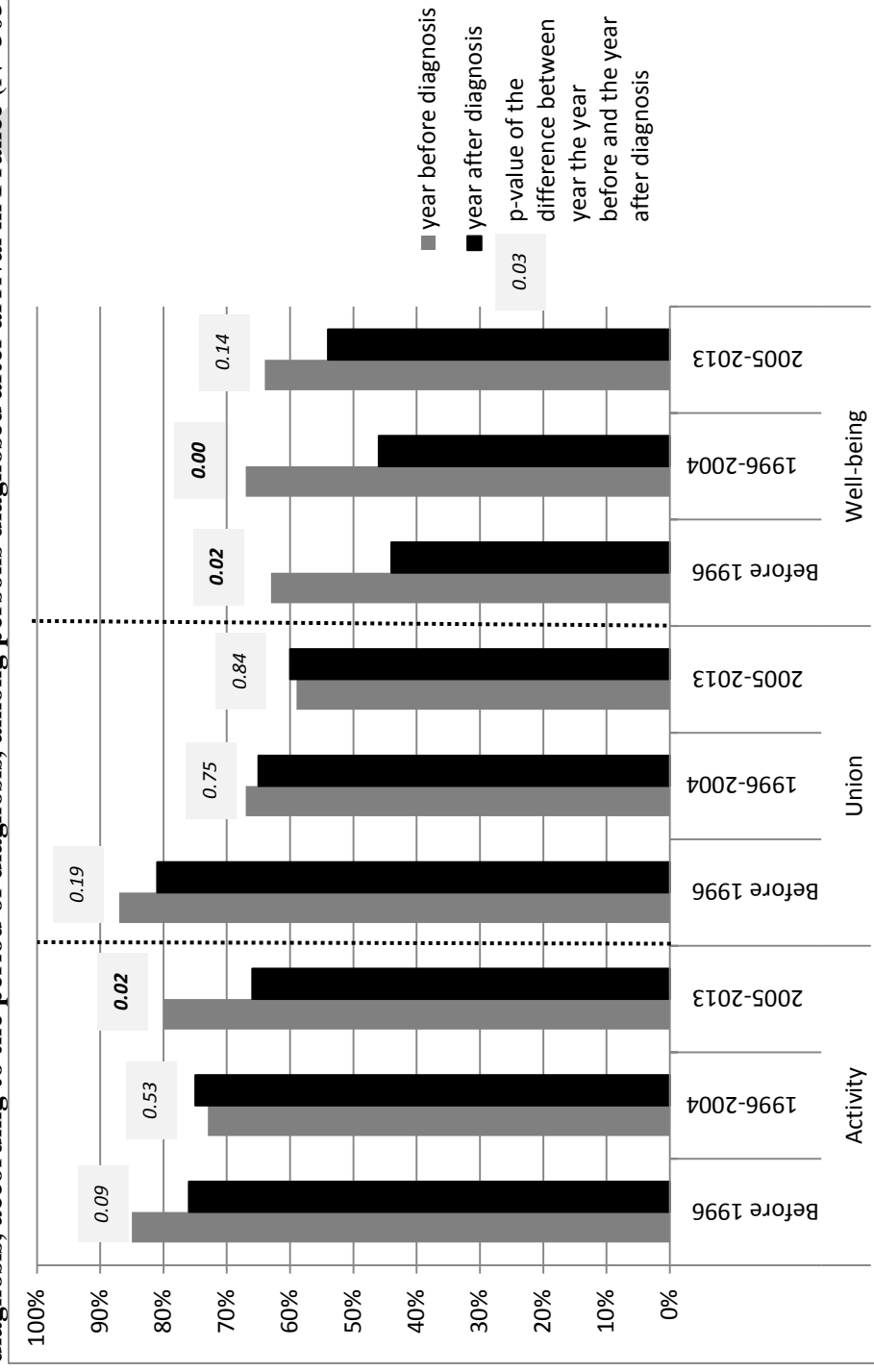


Time-relative graphs (see A1)

Scope : men (N=238) and women (N=90) from Hepatitis B group who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards

Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013

Figure 3. Persons living with HIV: proportion of persons in activity, union and well-being the year before and the year after HIV diagnosis, according to the period of diagnosis, among persons diagnosed after arrival in France (N=505)



Scope : men (N=185) and women (N=320) from HIV group who have not yet migrated or being diagnosed at 18 years of age, who are observed at least five years after diagnosis and who where diagnosed the year of migration of afterwards
Source : ANRS Parcours Survey 2012-2013