



**HAL**  
open science

**Barrières et facteurs favorisant l'accès aux soins des  
immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en France.  
Une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du  
VIH et du VHB**

Nicolas Vignier

► **To cite this version:**

Nicolas Vignier. Barrières et facteurs favorisant l'accès aux soins des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne en France. Une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et du VHB. Santé publique et épidémiologie. Sorbonne Université, 2018. Français. NNT : 2018SORUS345 . tel-02865509

**HAL Id: tel-02865509**

**<https://theses.hal.science/tel-02865509>**

Submitted on 11 Jun 2020

**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.

# Sorbonne Université

École doctorale Pierre Louis de Santé Publique à Paris : Épidémiologie et  
Sciences de l'Information Biomédicale (ED 393)

*Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique / Équipe de Recherche en  
Épidémiologie Sociale*

## **Barrières et facteurs favorisant l'accès aux soins des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en France. Une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et du VHB.**

Par : Nicolas VIGNIER

Thèse de doctorat d'Épidémiologie

Dirigée par Pierre Chauvin<sup>1</sup> et Olivier Bouchaud

Présentée et soutenue publiquement le 14/09/2018, devant un jury composé de :

Mme Laurence MEYER, PU-PH	Rapporteur
M. Jean-François FAUCHER, PU-PH	Rapporteur
Mme Marie-Caroline MEYOHAS, PU-PH	Examineur
M. Paul DOURGNON, DR	Examineur
M. Pierre CHAUVIN, DR	Directeur de thèse
M. Olivier BOUCHAUD, PU-PH	Co-Directeur de thèse

---

<sup>1</sup> Cette thèse a été dans un premier temps dirigée par Rosemary Dray Spira

Cette thèse est dédiée à mon père, Alain, et à ma grand-mère, Georgette, pour les  
*valeurs d'humanité et de travail qu'ils nous ont transmises.*

## REMERCIEMENTS

Je tiens ici à remercier sincèrement mes directeurs de thèse, Pierre Chauvin et Olivier Bouchaud, ainsi que Rosemary Dray Spira avec laquelle j'ai débuté ce travail à l'Inserm avant qu'elle ne rejoigne l'Ansm, pour leur encadrement et leur apport scientifique tout au long de ce travail de thèse. Au-delà de la direction de cette thèse, le temps passé à vos côtés a été pour moi très riche et a grandement contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Ce travail n'existerait pas sans France Lert, qui, plusieurs années après m'avoir accueilli jeune interne et m'avoir ouvert les portes de la Nouvelle Calédonie et de l'épidémiologie sociale, m'a proposé ce sujet de thèse et m'a présenté à l'équipe Parcours. Merci aussi pour ta disponibilité permanente et ton engagement au quotidien.

Merci à Lori Bridal, ma tutrice, pour son accompagnement et ses conseils avisés et toujours bienveillants.

Je remercie sincèrement les membres du jury pour leur disponibilité et l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail de thèse. Mes rapporteurs, le Professeur Laurence Meyer, qui m'a formé à l'épidémiologie au sein du Master de Santé Publique de Paris Sud, et le Professeur Jean François Faucher, professeur en maladies infectieuses avec lequel, j'espère, nous aurons des projets communs notamment sous l'hospice de la Société de Médecine des Voyages. Professeur Marie-Caroline Meyohas, pour son enseignement quand j'étais étudiant en médecine à Saint Antoine et pour son intérêt pour les liens entre précarité et infection par le VIH. Mr Paul Dourgnon, pour ces travaux pivots sur l'accès aux soins en France. Merci d'avoir accepté de me donner un peu de votre temps précieux.

Merci aux responsables scientifiques de l'enquête ANRS Parcours et à toute l'équipe Parcours de m'avoir permis d'accéder aux données de cette belle enquête, pour leur accueil et leur accompagnement et d'une manière plus générale pour le travail qu'ils mènent pour la santé et l'accès aux droits des migrants en France : Annabel Desgrées du Loû, qui anime cette grande famille avec brio, merci pour ta gentillesse et ta disponibilité tout au long de ce travail et ta vision derrière les données, j'espère que notre collaboration se poursuivra au-delà dans d'autres projets, France Lert, Nathalie

Lydié, Nathalie Bajos, Julie Pannetier, Anne Gosselin, Andrainolo Ravalihasy, Margot Annequin, Séverine Carillon, Barbara Maraux, et tous les autres. Un merci spécial pour Andy, Anne et Julie pour le travail conséquent qu'ils ont mené sur les données de l'enquête Parcours et pour leur aide à leur prise en main.

Merci à l'équipe du Baromètre santé de Santé Publique France pour m'avoir permis d'accéder aux données et plus particulièrement à Nathalie Lydié et à Julie Pannetier qui en a eu l'idée de cette analyse et en a dessiné les premiers axes et à Arsène qui a réalisé les premières analyses.

Merci à toute l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale et plus globalement à l'Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique pour leur accueil dans l'équipe et pour les échanges sur les inégalités sociales de santé : Maria Melchior, Murielle Mary-Krause, Cécile Vuillermoz, Médicoulé Traoré, Jeanna Eve Franck, Gladys Ibanez, Sarah Robert, Kaposate Tacky, Nolwen Lepouriel, Laure Tron, Laura Pryor, Fabienne El Khoury, Camille Bolze, etc. J'espère que vous voudrez encore de moi comme chercheur associé au-delà de cette thèse.

Je remercie sincèrement pour leur relecture attentive Murielle Mary-Krause, Sarah Robert, et ma mère, Christiane Vignier.

Je remercie l'école doctorale 393, et en particulier Dominique Costagliola et Lydie Martorana, pour m'avoir permis d'effectuer ce travail de thèse en son sein, pour l'accompagnement personnalisé proposé et pour la qualité et la convivialité des journées à Saint Malo.

Je remercie le Groupe hospitalier Sud Ile-de-France et les équipes du service des Maladies Infectieuses et Tropicales, de l'Unité de Santé Publique, de la PASS et du Réseau Ville-Hôpital 77 Sud pour le travail en commun au quotidien et de m'avoir permis de mener ce travail de thèse en parallèle de mes missions hospitalières. Merci en particulier à Florence Raghu, Laurent Lepvrier, Sylvie Michalot, Michèle Cauchy, Magali Ruellan, Christine Monnet, Stéphanie Guillemot, Florine Vaissade, Sandrine Do Esperito, Patricia Ducresot, Pascale Jacquet, Svetlane Dimi, Ismahen Sohbi, Mickaël Thuillier, Hammoud Kassem, Peter Bouzidi, Tatiana Stempak, Claire Duffo, Laura Barros, Morgane Boisard, Thierry Faucher, Sylvie Vidal, Aurélie, Monique Binard,

Alain & Laurence Taïeb, Anna Przewlocka, Laurence Carrié, Valérie, Morgane Hatiez, Mélanie Poilleaux, Valérie Huck, Naël Hariri, Marieke Levasseur, Henriette Ibock, Tatiana Fontaine, Sylvain Diamantis, Kaoutar Jidar, Astrid De Pontfarcy, Clara Flateau, Jean-Luc Boussard, Evelyne Ngabali, Asunta, Christèle, Marie Picque, Aurelia Pitsch, Ayla Ergani, Laurent Tsakiris, Christophe Vinsonneau, Catherine Métails, Patrick Blouin, Sandrine Biangoma, Manuella, Emmanuel Protais, et tous les autres. Merci à mes collègues présents et passés, notamment du CHU Avicenne et de Fort de France, et aux patients qui m'ont fait confiance et qui m'ont aidé à comprendre la complexité de prendre en charge sa santé dans des contextes sociaux difficiles. Ce travail de thèse m'aura permis de comprendre encore mieux ce que vous vivez et renforce mon engagement à vos côtés, même si je ne peux pas tout.

Merci aux membres actifs de la commission migrant du Corevih IDF Est, du groupe de travail Migration Prévention de la SPILF, de la Société Française de Lutte contre le Sida, de la Société (francophone ?) de Médecine des Voyages, du Collectif national des PASS, de l'Institut Convergences et Migration, de Sankana, de La Plage, d'Uraca, etc. pour les nombreux échanges, brainstorming, travaux en commun passés et à venir. Aux internes et médecins qui m'ont fait confiance pour les encadrer : Frédégonde, Clément, Alassane, Sohela, Camille, Alina, Bertrand, etc., aux étudiants qui ont pris le temps de m'écouter

Merci à ma famille et mes amis pour les belles années passées ensemble et pour leur tolérance pour ce travail de thèse envahissant parfois le champ du privé : ma princesse, Ndiougue Senghor, mon coquin, Alexis et son petit frère qui arrive, ma mère, Christiane, mes frères, Sébastien et Gaël, et ma sœur, Nadège, Alex et Aubierge, mes seconds parents, mon grand-père, François, mes cousins, mes potos, mes voisins, Louis, Christophe & Lila, Sylvain & Julie, Lorène, Lenou, Nathou, Ben, Alex, Didou, Xavier, Franck, Cheikh, Pierre, Sophie, Evguenia, Julie, Hugues, Pauline, Naomi, Claire, Emma, Dora, Cathy, Aurélie, Vanina, Delphine, Calou, Aline, Naradah, Guillaume & Mathilde, Hélène & Nico, Laurent & Laetitia, et tous les autres. A mes neveux et nièces, Nathan, Lilou, Mélina, Mayana, filleule, Naomie, et filleul, Guilé. A ma deuxième famille au Sénégal et en particulier à Ndeye, chère collègue, et à ma Oumou.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	3
TABLE DES MATIERES .....	6
SIGLES UTILISES .....	8
LISTE DES PUBLICATIONS EN LIEN AVEC LA THESE.....	10
INTRODUCTION.....	12
1. Les immigrants d’Afrique subsaharienne en France : une population exposée à des périodes de vulnérabilité.....	12
1.1. Migrants / immigrants, définitions .....	12
1.2. Les immigrants en France.....	15
1.3. Les immigrants d’Afrique subsaharienne vivant en France .....	16
1.4. Précarité et facteurs de vulnérabilités .....	19
1.5. État de santé.....	21
2. Un système de protection sociale élargi dans une ambition d’universalité de l’accès aux soins .....	22
2.1. Droit à une couverture maladie en France.....	25
2.2. Des barrières à l’accès aux soins persistantes en France.....	34
3. Le VIH/SIDA et l’hépatite B chronique : deux maladies chroniques impactant fortement les immigrants d’Afrique subsaharienne.....	48
3.1. Hépatite B chronique .....	48
3.2. Infection par le VIH.....	50
4. Problématique.....	58
5. Objectif de la thèse .....	59
6. Structure de la thèse.....	60
METHODOLOGIE GENERALE.....	61
1. L’enquête ANRS-Parcours .....	61
1.1. Une enquête biographique auprès des immigrants d’Afrique subsaharienne	61
1.2. Échantillonnage et recrutement .....	62
1.3. Le recueil des données.....	68
1.4. Caractéristiques de la population d’étude.....	71
1.5. Analyses .....	77
2. Le Baromètre santé 2010.....	80
2.1. Une enquête en population générale.....	80
2.2. Échantillonnage et recrutement .....	81
2.3. Le recueil des données.....	83
2.4. Caractéristiques de la population d’étude.....	85
2.5. Analyses .....	88
3. Apport respectif des modes de recrutement des deux enquêtes pour la question de recherche.....	90
CHAPITRE 1. UN ACCES RELATIVEMENT RAPIDE A UNE PREMIERE COUVERTURE MALADIE APRES L’ARRIVEE EN FRANCE.....	93
CHAPITRE 2. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE UNIVERSALISTE, MAIS DES BARRIERES A L’ACCES AUX SOINS ENCORE TROP NOMBREUSES.....	96
1. Des refus de soins en lien avec le type de couverture maladie et l’infection par le VIH 96	
2. Les immigrants et leurs descendants sont plus souvent exposés aux renoncements aux soins pour raison financière que la population majoritaire.....	99
2.1. Renoncement aux soins dans l’enquête ANRS-Parcours .....	99

2.2. Éclairage populationnel à partir des données du Baromètre Santé 2010 .	103
CHAPITRE 3. UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE APRES LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH OU LE VHB.....	129
1. Infection par le VIH.....	129
2. Hépatite B chronique.....	151
3. Recours au titre de séjour pour raison médicale.....	154
DISCUSSION.....	160
1. Un accès relativement rapide à une couverture maladie.....	164
2. Des barrières à l'accès aux soins.....	165
3. Un haut niveau de renoncement aux soins.....	166
4. Des refus de soins fréquents pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME 167	
5. L'entrée en soins des PVVIH.....	168
6. Spécificités de l'accès aux soins pour les patients ayant une hépatite chronique B 169	
7. Un accès au droit au séjour pour raison de santé conditionné par la pathologie 170	
8. Comparaison de l'accès aux soins selon que l'on est porteur du VIH, du VHB ou que l'on consulte en médecine générale.....	171
9. Conclusions et perspectives.....	171
BIBLIOGRAPHIE.....	177
ANNEXES.....	191
Annexe 1 – Article Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.....	191
Annexe 2 – Article Santé Publique.....	191
Annexe 3 – Correspondance Lancet Public Health.....	191
Table des illustrations.....	192
Table des tableaux.....	193
Table des encadrés.....	194



## **SIGLES UTILISES**

AME : Aide Médicale d'État

ANRS : France Recherche Nord & Sud Sida-hiv Hépatites, anciennement appelée Agence Nationale de Recherches sur le VIH/SIDA et les Hépatites virales

ARV : traitements antirétroviraux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Afrique Sub-Saharienne

CMU : Couverture Maladie Universelle dite de base

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COM : Collectivités d'Outre-Mer

DOM/TOM : Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer

DSUV : Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux

EUPHA : European Public Health Association

FHDH : ANRS CO4-French Hospital Database on HIV

HBC : Hépatite B Chronique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INTI : Inhibiteurs Nucléos(t)idique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IP : Inhibiteur de Protéase

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

MdM : Médecins du Monde

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

ONG : Organisation Non Gouvernemental

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PVHBC : Personne Vivant avec une Hépatite B Chronique

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

TeO : enquête Trajectoire et Origines

UE : Union Européenne

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

# LISTE DES PUBLICATIONS EN LIEN AVEC LA THESE

## Publications dans des revues à comité de lecture

- Vignier N, Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Dray Spira R, and the PARCOURS Study Group. Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study. PLoS ONE 13(2): e0192916 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916> (reproduit ci-dessous)
- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J., Ravalihasy A., Gosselin A, Lert F, Lydie N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants living in the Paris region : a comparison according to their HIV or HBV status. European Journal of Public Health 2018; . <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky118>
- Vignier N, Dray Spira R, Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P, and the PARCOURS Study Group. Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France. Lancet Public Health 2018;3(1):e12. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30246-3.
- Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, et al. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Ile-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(19-20):339-47. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015\\_19-20\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_2.html)
- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, et le groupe ANRS-Parcours. Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique. Sante Publique. 2017 Jul 10;29(3):361-370. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-3-page-361.htm>
- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J., Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydie N, , Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P and the ANRS-Parcours Study group. Time lags between diagnosis and engagement into HIV care of sub-Saharan African migrants living with HIV in the Paris region. AIDS Care (accepté sous réserve de modifications)
- Vignier N, Odzo A, Lydié N, Bouchaud O, Pannetier J, Chauvin P. Immigrants are more exposed to unmet health care needs than the rest of the population in France. (à soumettre)

## Ouvrage et chapitres d'ouvrage consacré à l'enquête ANRS-Parcours

- Vignier N, Chauvin P and Dray Spira R. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses. In : Desgrées du Loû A and Lert F (coord.). PARCOURS- Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris: La Découverte, Juillet 2017, p. 113-135. ISBN 978-2-7071-9645-3. <http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Parcours-9782707196453.html>
- Dray Spira R, Gigonzac V and Vignier N. Les immigrants subsahariens suivis pour une hépatite B chronique : caractéristiques et accès au diagnostic et aux soins. In : Desgrées du Loû A and Lert F (coord.). PARCOURS- Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris: La Découverte, Juillet 2017, p. 195-206. ISBN 978-2-7071-9645-3.

## Présentations

- Vignier N, Bouchaud O., Ravalihasy A., Gosselin A., Pannetier J., Lert F., Bajos N., Lydié N., Desgrées du Loû A., Dray-Spira R., et le groupe PARCOURS. Accès à une couverture maladie parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France. AFRAVIH 2016. Bruxelles. 22 avril 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=G2BPfNk5RoE>
- Vignier N, Chauvin, P., Pannetier J., Ravalihasy A., Lert F., Lydié N., Bouchaud O., Desgrées du Loû A., Dray-Spira R. and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan

- migrants living in the Paris region : a comparison according to their HIV or HBV status. 9th IAS Conference on HIV Science. Paris. 24 July 2017. [DOI 10.13140/RG.2.2.29052.44163](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29052.44163)
- Vignier N., Chauvin, P., Pannetier J., Ravalihasy A., Lert F., Lydié N., Bouchaud O., Desgrées du Loû A., Dray-Spira R. and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants living in the Paris region: a comparison according to their HIV or HBV status. ESCMID – UNESCO Postgraduate course in “Migration Health”. Palerme. 1st - 4th October 2017
  - Vignier N., Odzo A., Lydié N., Pannetier J., Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières chez les immigrés en France: une analyse du Baromètre santé 2010. 2<sup>ème</sup> Congrès ADELFF - SFSP. Amiens, 5 octobre 2017. <http://www.adelf-sfsp.fr/wp-content/uploads/2017/11/SC18-VIGNIER.pdf>
  - Vignier N., Dray-Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Chauvin P and the ANRS-PARCOURS Study group. Délai entre le diagnostic et leur entrée en soins *des migrants originaires d’Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en Ile de France*. 9<sup>ème</sup> Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH, 4-7 Avril 2018, Bordeaux, France
  - Vignier N., Dray-Spira R., Gigonzac V., Pannetier J., Sogni P., Lert F., Bajos N., Lydié N., Desgrées du Loû A. et le Groupe ANRS-PARCOURS. Caractéristiques des personnes migrantes originaires *d’Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Ile-de-France en 2012-2013*. Enquête ANRS-PARCOURS. Journées de l’AFEF. Toulouse. 30 septembre 2015
  - Vignier N. Accès et maintien en soins *des personnes migrantes originaires d’Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique en Ile-de-France*. Enquête ANRS-PARCOURS. Journées d’étude en sciences sociales en santé. Vers une mobilisation contre les hépatites virales ? ANRS, Campus Condorcet, Centre Européen de Sociologie et de Science Politique, Université Paris 1, Paris. 11 Mars 2016
  - Vignier N., Gosselin A, Dray-Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Chauvin P and the ANRS-PARCOURS Study group. Recours au titre de séjour *pour raison de santé des immigrés originaires d’Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France en fonction de leur statut vis à vis du VIH et de l’hépatite B*. 9<sup>ème</sup> Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH, 4-7 Avril 2018, Bordeaux, France.

# INTRODUCTION

Les immigrés et notamment ceux originaires d’Afrique Sub-Saharienne (ASS) font partie intégrante de la population française mais semblent rencontrer des difficultés d’accès aux soins spécifiques. Cela est problématique car ils sont en même temps plus exposés à un certain nombre de vulnérabilités sociales et de problèmes médicaux, et ce d’autant plus qu’ils sont arrivés en France récemment. On relève notamment des prévalences élevées de violences subies, de souffrance psychique, de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, etc.), de certaines maladies génétiques comme la drépanocytose, de complication de grossesses, mais également d’infections parmi lesquelles les infections chroniques par le Virus de l’Immunodéficience Humaine (VIH) et le Virus de l’Hépatite B (VHB) dont il sera plus particulièrement question dans cette thèse, mais aussi des infections aiguës comme la tuberculose ou le paludisme. Dans la grande majorité des cas, ces infections sont diagnostiquées après leur arrivée en France. L’enjeu, dans un intérêt individuel et collectif, est alors un accès à des soins rapides, de qualité et sans discrimination.

Dans le cadre de ce travail de thèse, je souhaite, après avoir fait le point sur les données disponibles sur les immigrés d’Afrique subsaharienne et sur leur accès aux soins, évaluer la réalité de cet accès aux soins, en particulier quand ils vivent avec le VIH ou une Hépatite B Chronique (HBC), tout en tenant compte de leurs situations sociales et de leurs trajectoires personnelles.

## **1. Les immigrés d’Afrique subsaharienne en France : une population exposée à des périodes de vulnérabilité**

### **1.1. Migrants / immigrés, définitions**

Globalement, trois grandes typologies sont mobilisées pour définir les personnes migrantes. La première, la plus courante, distingue les personnes étrangères en se basant sur le seul critère de nationalité. Ainsi, un **étranger** est une personne de nationalité étrangère. Le second niveau d’analyse définit un **immigré** selon deux critères : la nationalité et le lieu de naissance. Il permet de distinguer les immigrés étrangers (les individus nés étrangers à l’étranger), et de différencier parmi les Français, les Français

de naissance et les Français **naturalisés** (les individus nés étrangers qui ont acquis la nationalité française). Trois catégories de population sont alors définies : les Français de naissance, les Français par naturalisation et les immigrés étrangers. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un immigré « est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France ». Dans le langage courant le terme « migrant » est également utilisé (voir ci-dessous). Toutefois, la définition de la population immigrée est variable à travers les études en raison de la diversité des instruments utilisés dans les grandes enquêtes françaises, retenant ou non le critère de nationalité et de lieu de naissance. A noter que la définition de l'Insee exclut les personnes nées françaises à l'étranger (cas des Harkis, rapatriés d'Algérie, etc.). A l'inverse, à l'international, selon la définition des Nations Unies, est immigrée (« immigrant ») toute « personne née dans un autre pays que celui où elle réside ». Elle peut avoir la nationalité de son pays de naissance ou avoir une autre nationalité, notamment celle du pays dans lequel elle réside. Une dernière typologie, plus rarement considérée, repose sur les critères de nationalité et de pays de naissance des personnes interrogées et ceux de leurs parents. Il s'agit de différencier la population française, la population immigrée de première génération et les français issus de l'immigration dits de seconde génération. Les immigrés de première génération correspondent aux individus nés étrangers à l'étranger, indépendamment de la nationalité et de l'origine de leurs parents. Ceux de seconde génération correspondent aux individus nés français dont au moins un parent est né étranger à l'étranger. La « **population majoritaire** » correspond enfin aux individus nés français et dont les parents sont nés français. Certains démographes individualisent les **personnes originaires des départements ou des territoires d'Outre-mer (DOM/TOM)**, qu'on appelle dorénavant les collectivités d'Outre-mer (COM), quand ils étudient la population française vivant en métropole. En effet ces derniers font face à des difficultés sociales et à des discriminations qui s'apparentent souvent à celles vécues par les populations immigrées. Cependant, ils sont bien nés français en France et, à ce titre, ne devraient pas être confondus avec les immigrés.

On différencie ensuite parmi les immigrés étrangers ceux qui sont en situation régulière (et leur motif de migration ou motif d'obtention d'un droit au séjour : réfugié, travailleur, regroupement familial, étudiant, malade, etc.) et ceux qui sont en situation irrégulière. Ces derniers représenteraient 0,6% de la population française (environ

500 000 personnes si on fait une estimation notamment sur la base du nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État, réservée aux personnes en situation irrégulière). Plusieurs terminologies sont utilisées en Europe pour les nommer. Si on prend les termes en anglais, on retrouve: « undocumented or unauthorized migrants », « people without papers », « irregular or clandestine immigrants », et « undocumented third-country nationals » (c'est à dire ceux qui ne sont pas de l'Union européenne) (Gray and van Ginneken 2012). Le terme « migrant » quant à lui ne répond pas à une définition officielle, ni consensuelle. Il est pourtant très usité en France, en partie parce que le terme d'immigré était perçu comme trop chargé d'une image négative au vu de l'usage historique qui en a été fait. Pour beaucoup de spécialistes de la migration, c'est un terme qui devrait plutôt être réservé à des immigrants arrivés récemment en France et qui s'appliquerait mal à la majorité des immigrants qui sont souvent arrivés en France depuis de nombreuses années et dont une proportion importante a acquis la nationalité française. Pour d'autres, il ne devrait pas être utilisé puisque, justement, il ne répond pas à une définition précise et qu'il ouvre la porte à de nombreuses confusions. Dans l'opinion publique, il est souvent associé aux demandeurs d'asiles et aux « migrants économiques sans papiers » et est de plus en plus chargé d'une connotation négative. D'un point de vue sociologique, la justification du terme de migrant réside dans le fait qu'il est la synthèse de la réalité « psychosociologique » d'une personne qui quitte son pays pour arriver dans un autre, quelles que soient les raisons bien qu'elles sont dans la majorité des cas des de l'ordre de la contrainte (politiques, économiques, discrimination, santé, etc.). Le « migrant » part émigrant (émigré) et arrive immigrant (immigré). En effet en quittant son pays d'origine, l'émigrant endosse ou subit une réalité sociale et psychologique dont les profils sont variables voire opposés. Celui qui fuit son pays en raison d'une discrimination politique, religieuse ou sexuelle endosse un sentiment de rejet ou d'incompréhension et, dans certains cas, de craintes pour sa vie; celui qui quitte son pays pour « tenter sa chance » dans un pays « riche » peut partir, quelle que soit la souffrance de quitter les siens et son environnement familial, dans l'ambiance de celui qui a le courage et les capacités (notamment s'il est porté par sa communauté) de réussir, ce qui sous-entend une certaine valorisation sociale voire une admiration pour lui et sa famille. Cet émigrant, en arrivant dans le pays d'accueil, devient immigrant avec toute la réalité psychosociale attachée à cette situation. Cette réalité est souvent peu flatteuse et peu valorisante voire dénigrante, notamment quand

l'émigrant découvre les difficultés de tous ordres à l'arrivée alors qu'il se faisait une image fortement idéalisée du pays d'accueil.

Il existe de nombreuses autres façons de catégoriser/étudier les immigrés. Le motif de migration en est une (par exemple une personne ayant fui seule les menaces dans son pays d'origine pour demander l'asile est souvent plus vulnérable qu'une personne ayant migré dans le cadre du regroupement familial). La durée de résidence en France en est une autre car les premières années après l'arrivée sont souvent synonymes d'isolement et de précarité. Les contextes de vie des immigrés au cours des premières années après l'arrivée ne sont en rien comparables à celles des immigrés qui sont en France depuis plus de 10 ans et qui ont souvent acquis une certaine sécurité. La temporalité dans l'histoire de l'immigration (plutôt européenne dans la 1<sup>ère</sup> moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, nord-africaine et africaine de l'Ouest dans les 30 « glorieuses », d'Afrique centrale ensuite...) peut être un autre angle d'approche. On peut en envisager beaucoup d'autres : la situation sociale, le niveau d'éducation, la situation conjugale, le réseau social, le pays d'origine, le sexe (la part des femmes augmente depuis le milieu des années 70 et leur profil évolue, d'une migration principalement liée au regroupement familial vers des motifs plus diversifiés), l'âge, l'état de santé, la couleur de peau, l'orientation sexuelle, etc. Toutes ces nuances font des recherches sur la migration et l'immigration des problématiques complexes dont les résultats nécessitent des discussions approfondies.

## **1.2. Les immigrés en France**

En 2014, la France comptait 6 millions d'immigrés (9,1% de la population française) dont 6,4% d'étrangers (Figure 1) (Insee 2018). Parmi, eux on dénombre plus de 200 000 réfugiés. En 2017, 100 000 demandes d'asile ont été déposées en France. Enfin, il n'existe pas de statistique officielle du nombre d'immigrés en situation irrégulière (« sans-papiers »). On les estime, notamment en se basant sur le nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État, à près de 500 000 individus.



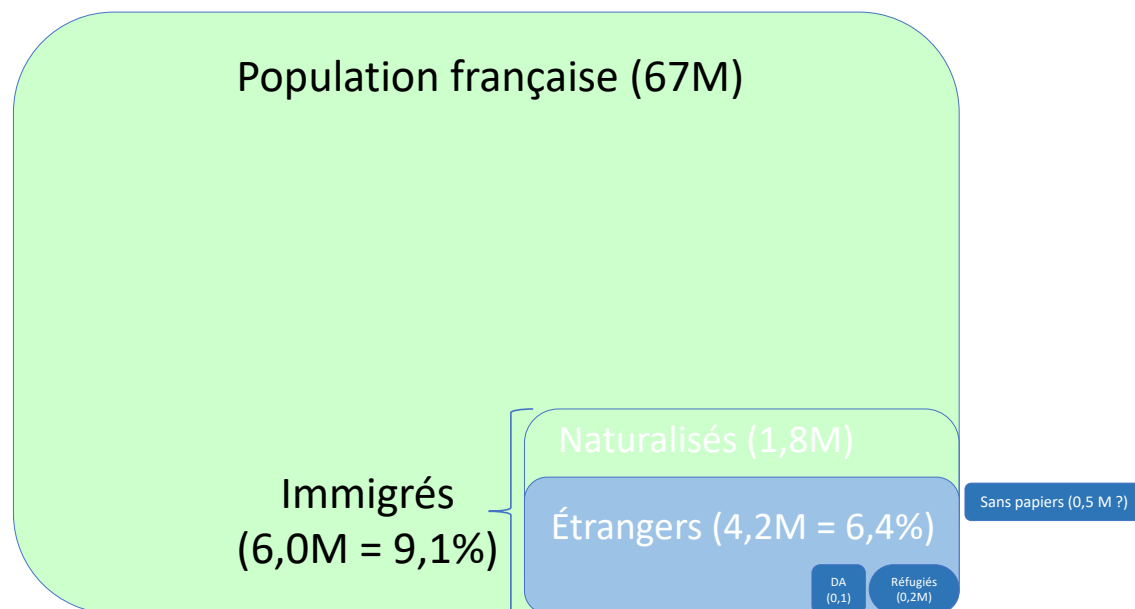


Figure 1 : Répartition de la population française et immigrée.

Source : [Insee 2014, OFPRA 2017]

### 1.3. Les immigrants d'Afrique subsaharienne vivant en France

L'immigration d'Afrique subsaharienne, dont il sera principalement question dans cette thèse, est récente et principalement issue des anciens pays francophones sous administration française. Si les premières immigrations africaines en France remontent au 18<sup>ème</sup> siècle quand les premiers esclaves africains arrivent sur le territoire français, elle se sont accentuées au 19<sup>ème</sup> siècle avec les besoins de main d'œuvre de l'industrie française et au 20<sup>ème</sup> siècle avec l'enrôlement de tirailleurs dans l'armée française au cours des deux grandes guerres (Tardieu 2006, Couillet and Desgrées du Loû 2010). Après les indépendances, la France fait à nouveau appel à la main d'œuvre d'Afrique subsaharienne souvent dans des conditions administratives, sociales et sanitaires très difficiles. Le nombre d'Africains subsahariens en France va ainsi progressivement augmenter jusque dans les années 1970. Il s'agit alors principalement d'Africains « du fleuve » (Mauritaniens, Sénégalais, Maliens) qui, au début des « 30 glorieuses », peuvent aller et venir en France sans limitation (ni visa, ni permis de travail). C'est la période de la « noria » où le projet d'immigration n'est pas un projet d'intégration mais d'acquisition d'un pécule financier permettant ensuite un retour au pays avec l'aura de celui qui a réussi. Dans ce projet seuls les hommes migrent, la création des foyers de

« travailleurs immigrés » (historiquement les foyers « Sonacotra »), forme d'habitat provisoire et donc précaire (la norme est de 9 m<sup>2</sup> par chambre), étant organisée par l'État et le patronat de l'époque pour prendre en compte ce contexte d'immigration transitoire aux seules fins de disposer d'une main d'œuvre peu qualifiée, bon marché et docile. Les chocs pétroliers des années 80 puis 90 avec la chute du plein emploi vont engendrer des politiques d'immigration de plus en plus restrictives (permis de travail, visa...) et la fin du recours à la main d'œuvre étrangère (« fermeture des frontières » en 1974). Le projet migratoire va alors changer par nécessité. Le principe de la « noria » n'étant plus possible (allers et retours sans contraintes en fonction des besoins financiers), beaucoup d'immigrants se fixent en France pour ne pas perdre leurs avantages financiers, ce qui n'était pas le projet d'origine. C'est le début du phénomène des « sans-papiers » désignant les travailleurs immigrés ayant perdu leur droit au séjour et souvent leur droit au travail, sans pouvoir ou vouloir rentrer au pays. Par la suite, les travailleurs étant devenus retraités sont « piégés » en France pour les mêmes raisons (jusqu'à un passé récent les retraites ne pouvant pas être versées dans le pays d'origine) et pour des raisons de santé. C'est la fin de la notion de « ghest worker », de l'idée que des travailleurs viennent travailler temporairement et repartent, la fin d'une position de droit à la famille et à l'acceptation que c'est une migration définitive. Il faut y ajouter le sentiment de « double étranger » contribuant à hésiter sur un retour définitif : toujours étranger en France et devenus « étranger » dans le pays d'origine du fait de l'évolution des sociétés d'origine (les immigrés en étant souvent restés à l'état de la société qu'ils avaient connu lors de leur départ). En parallèle, les politiques de regroupement familial entraînent une augmentation de l'immigration féminine, le nombre d'étudiants originaire d'Afrique subsaharienne augmente de manière importante et une migration d'asile se développe en lien, notamment, avec l'instabilité du Zaïre. Dans la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, après une régularisation de 127 000 sans-papiers, la création de la carte de résident et une amélioration des conditions de vie, plusieurs lois vont à nouveau être votées pour limiter l'immigration (« lois Pasqua » de 1993 durcissant les conditions du regroupement familial et accélérant les expulsions de migrants sans papiers). Depuis les années 2000, de nombreuses lois visant la maîtrise de l'immigration sont votées, qui instaurent notamment des critères d'intégration et de maîtrise de la langue française, la lutte contre l'immigration illégale, la modification des procédures d'asile, la notion de pays sûrs, etc. Elles instaurent aussi un rallongement du délai à partir duquel un étranger

peut solliciter le regroupement familial, des critères de revenu, de logement et de durée de résidence de la personne qui réside déjà en France, etc.

C'est dans ce contexte que l'on observe une lente augmentation du nombre d'immigrés originaires d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) en France. Les estimations du nombre d'immigrés subsahariens sont ainsi passées de 20 000 en 1962 à 570 000 en 2004 où ils représentaient 17% des entrées sur le territoire (Figure 2) et a continué à progresser depuis (Lessault and C. 2009).

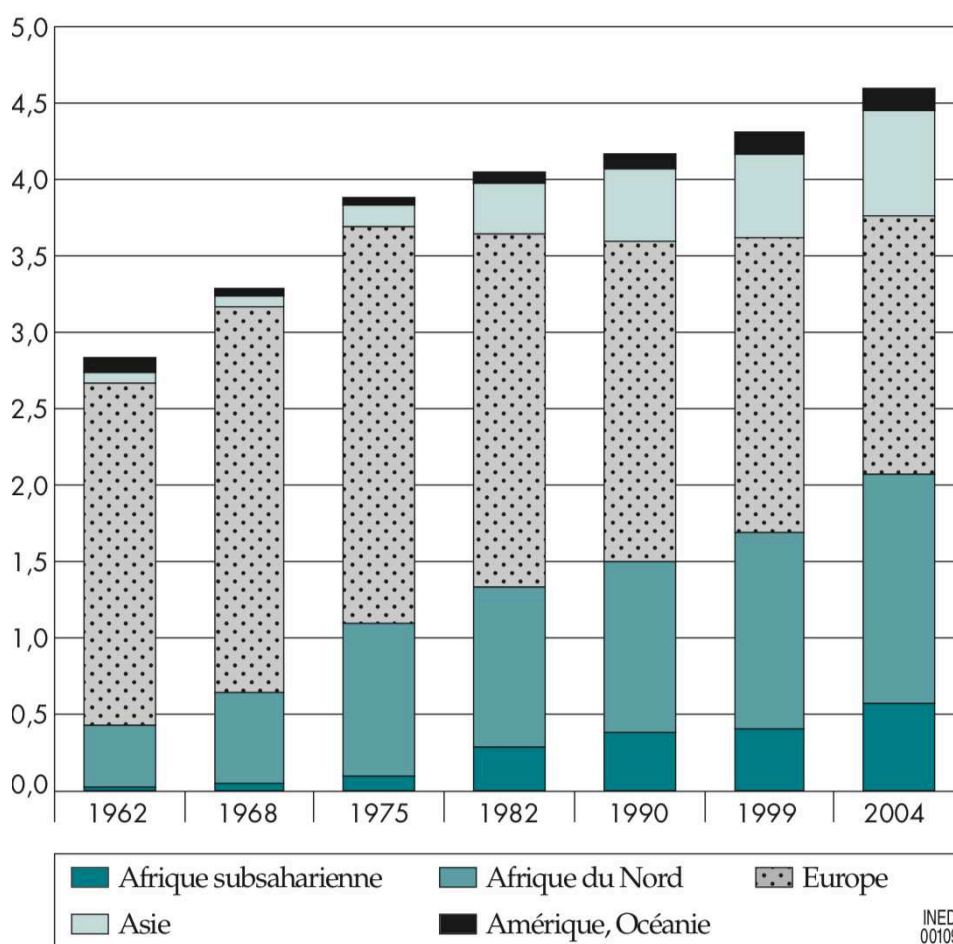


Figure 2 : Évolution de la population immigrée en France par région d'origine

Source : [Insee 2004, (Lessault and C. 2009)]

En 2014, les immigrants originaires d'autres pays d'Afrique que le Maroc, la Tunisie et l'Algérie (donc principalement d'Afrique subsaharienne) étaient estimés à 849 000 en France (Insee 2018). Il faut ajouter à ce nombre les personnes en situation irrégulière ou en cours de régularisation qui ne sont pas comptabilisées dans les

statistiques publiques. Cette immigration subsaharienne a connu un essor important au cours des 20 dernières années mais elle ne représente qu'une frange minoritaire des immigrés vivant en France. En 2012, 230 000 immigrés sont officiellement entrés en France. Parmi eux, 68 640 étaient originaires d'Afrique dont 57% du Maroc, de la Tunisie ou de l'Algérie.

#### **1.4. Précarité et facteurs de vulnérabilités**

Même s'il faut éviter l'amalgame immigrés et précarité qui peut être faux pour une partie d'entre eux, il faut cependant reconnaître que les populations immigrées, et en particulier celles originaires d'ASS et/ou arrivées depuis peu de temps en France, sont plus exposées à la précarité et aux vulnérabilités sociales que la population majoritaire française. L'association européenne de santé publique (EUPHA), dans une récente déclaration, rappelle qu'il est délétère de caractériser dans leur ensemble les immigrés comme « un groupe vulnérable » car en le faisant on les stigmatise et on sous-estime leurs forces et leur capacité de résilience (EUPHA 2018).

En termes de revenu d'abord, les données de l'Insee montrent que les revenus sont statistiquement plus faibles chez les immigrants vivant en France comparativement à la population générale.

Par ailleurs, la répartition géographique des immigrés est variable à l'échelle du territoire. En effet, les immigrés subsahariens, qui représentaient 2% de la population de 18 à 60 ans en France métropolitaine dans l'enquête Trajectoire et Origines (TeO), étaient 7% en Ile-de-France et jusqu'à 12% dans le département de la Seine-Saint-Denis. Dans cette même enquête, il était estimé que les immigrés d'ASS représentaient un tiers de la population des quartiers les plus pauvres (dont le revenu moyen appartient au décile le plus bas) en comparaison avec 7% de la population majoritaire, ce sur-risque de pauvreté persistant même après prise en compte de l'origine sociale et du niveau d'éducation (Beauchemin, Hamel et al. 2015). Les immigrés récents vivaient plus souvent en HLM (36% vs 11% pour la population majoritaire) ou en meublé/chambre d'hôtel (9% vs 1%). Dans l'enquête ANRS-Parcours, il avait fallu en médiane entre 2 et 3 ans respectivement aux femmes et hommes originaires d'ASS, avant d'accéder à un premier logement personnel (Gosselin, Desgrées du Loû et al. 2016).

Le statut de séjour est également fragile. Parmi les 40 000 immigrés d'Afrique subsaharienne ayant obtenu une autorisation de séjour en 2005, 37% avaient obtenu un titre de séjour temporaire (le plus souvent pour étudier ou dans le cadre d'une demande d'asile) et 63% un titre de séjour permanent d'au moins un an (majoritairement dans le cadre du regroupement familial) (Couillet and Desgrées du Loû 2010). En 2006, 11 297 immigrés d'Afrique subsaharienne avaient obtenu la nationalité française (naturalisation), soit 19% de l'ensemble des immigrés naturalisés. Ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes en situation irrégulière qui échappent aux statistiques publiques. En 1999, un travail démographique avait estimé le nombre d'immigrés subsahariens en situation irrégulière en France à 56 000 (Lessault and C. 2009). Après une diminution en 2006, les demandes d'asile augmentent de nouveau depuis 2010. En 2016, les premiers pays d'Afrique subsaharienne d'origine des demandeurs d'asile étaient le Soudan, la République Démocratique du Congo, la Guinée, le Nigéria, la Côte d'Ivoire, le Mali et l'Érythrée (Données OFPRA 2017).

Les niveaux d'études des immigrés en France sont très divers, avec une proportion importante d'immigrés disposant d'un diplôme d'enseignement supérieur (27% des immigrés du Sénégal par exemple vs 27% chez les personnes nées en France), mais en même temps une proportion non négligeable ne disposant d'aucune instruction (17% des immigrés du Sénégal vs moins de 1% chez les personnes nées en France) (Ichou and Goujon 2017). Cependant, les immigrés sont le plus souvent plus instruits que la majorité de la population de leur pays de naissance. De plus, leur niveau d'instruction contraste avec la précarité à laquelle ils font face en France, en particulier au regard du travail et du logement.

Migration est souvent synonyme de rupture d'activité pour beaucoup d'immigrés. Dans l'enquête TeO en 2008, le taux de chômage des immigrés d'Afrique subsaharienne était supérieur à 15% de la population active alors qu'il était inférieur à 10% dans la population majoritaire (Beauchemin, Hamel et al. 2015). Parmi les actifs, on observait une surreprésentation d'ouvriers parmi les hommes (48% vs 36% dans la population majoritaire) et d'employées non qualifiées pour les femmes (37% vs 23%). Les immigrés étaient également moins souvent propriétaires de leur logement (39% vs 63% pour la population majoritaire). Il faut en médiane 6 ans pour les femmes originaires d'ASS et 7 ans pour les hommes avant de disposer des trois piliers de

l'installation (accès à un premier logement personnel, accès à un premier titre de séjour d'un an ou plus, et obtention d'une première activité permettant l'indépendance financière, légale ou non) (Gosselin, Desgrées du Loû et al. 2016). En 2016, le taux de chômage des étrangers atteignait 20%, soit deux fois plus que celui de la population française et était encore plus élevé parmi les étrangers non originaire de l'Union Européenne (Insee 2018). Parmi les actifs, les étrangers sont sous représentés parmi les cadres et les professions intermédiaires (Insee 2018).

A ces facteurs de précarité, il faut rajouter la vulnérabilité affective et psychologique, l'isolement social en lien avec les séparations sur le long terme avec la famille, pour certains, la barrière de la langue, aggravant ainsi la fragilisation liée à la précarité. Les demandeurs d'asile cumulent souvent ces facteurs de vulnérabilités, auxquelles il faut ajouter les violences subies ou dont ils ont été témoins et les psycho-traumatismes qui en découlent.

Même s'il faut se prémunir du culturalisme et même si la précarité explique une grande partie de la vulnérabilité des personnes issues de l'immigration, les représentations individuelles et collectives, mais aussi le poids du secret et des stigmatisations, peuvent, pour certains, contribuer aux difficultés d'intégration et de prise en charge sociale et sanitaire.

Ainsi, les immigrés en général et en particulier ceux originaires d'ASS connaissent souvent des situations sociales difficiles, en particulier dans les premières années suivant leur arrivée en France, les exposant à des situations difficiles dans lesquelles la santé est rarement une priorité. Les motifs de migration, le sexe, le niveau d'éducation et les conditions d'immigration dessinent cependant une certaine diversité au sein de cette immigration, dont il faut savoir tenir compte. Les descendants d'immigrés et les personnes originaires des DOM/TOM rencontrent aussi des difficultés d'intégration et des difficultés d'accès au marché du travail, malgré un capital scolaire plus élevé que les immigrés.

### **1.5. État de santé**

De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en trente ans plus mauvais que celui des Français (Berchet and Jusot 2012). L'effet de sélection à la migration,

selon lequel les populations récemment immigrées sont souvent en meilleure santé (« Healthy migrant effect »), est contrebalancé dans le temps par les effets délétères sur la santé de la perte du réseau social, de situations sociales et professionnelles généralement défavorisées dans le pays d'accueil, des difficultés de l'accès aux soins et par l'adoption d'habitudes de vie moins favorables à la santé, mais aussi de l'évolution du profil des migrants (féminisation avec le regroupement familial, demandes d'asile, etc.) (Khlal 2012). Même s'il est difficile de résumer les immigrés à une population homogène, ils semblent plus exposés à un certain nombre de problèmes de santé comme la souffrance psychique, les maladies chroniques, la santé maternelle et infantile, certaines maladies génétiques comme la drépanocytose, la santé au travail et les maladies infectieuses et tropicales (Berchet and Jusot 2010, Comede 2017). Un enjeu plus récent est celui du vieillissement prématuré de la population immigrée et d'une espérance de vie plus faible qu'en population générale (El Mbouraki and Riard 2016).

Étant donné le poids des déterminants sociaux de la santé et l'importance numérique des populations concernées (notamment dans certaines régions), l'état de santé des immigrés et leur accès aux soins constituent un véritable enjeu de santé publique (Marmot, Friel et al. 2008, Berchet and Jusot 2012). La question de la santé des immigrés et de leur accès au système de santé se pose donc de manière aiguë, en particulier quand il y a des problèmes de santé spécifiques liés à des parcours traumatiques de migration. Ceci est d'autant plus vrai chez les migrants atteints d'une pathologie chronique comme les infections par le VHB ou le VIH. Or, les expériences du quotidien montrent qu'il y a, en France, des barrières à l'accès aux droits en France notamment pour les migrants sans papiers et/ou en situation de précarité.

## **2. Un système de protection sociale élargi dans une ambition d'universalité de l'accès aux soins**

L'accès aux soins des personnes résidant en France, qu'ils soient ou non issus de l'immigration est un droit fondamental affirmé et réaffirmé dans plusieurs textes nationaux et internationaux (Encadré 1).

- La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948(1948), Article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976(1976), Article 12 : « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (...) d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »
- Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé 2011(2011), Article 11.2 ii) « *[Nous nous engageons...]* à élaborer des politiques qui n'excluent personne et tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables... »
- Le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946(1946), Article 11. « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »
- Le Code de la Santé Publique(2002), dans son premier article, l'Article L1110-1 : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à [...] garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins* » & Article L6112-3 « *L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public [...] garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions l'égal accès à des soins de qualité [...]* »
- La Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne qui rappelle que l'accès aux soins est un droit fondamental en Europe : « Everyone has the right



of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. » (European Commission 2000, European Parliament, The Council et al. 2000)

Encadré 1 : Textes internationaux et nationaux traitant de l'accès aux soins

L'accès aux soins recoupe la capacité à accéder et entrer dans le système de soins, à y recevoir les soins et les services nécessités par l'état de santé et, si besoin, à maintenir un suivi au long cours (Levesque, Harris et al. 2013).

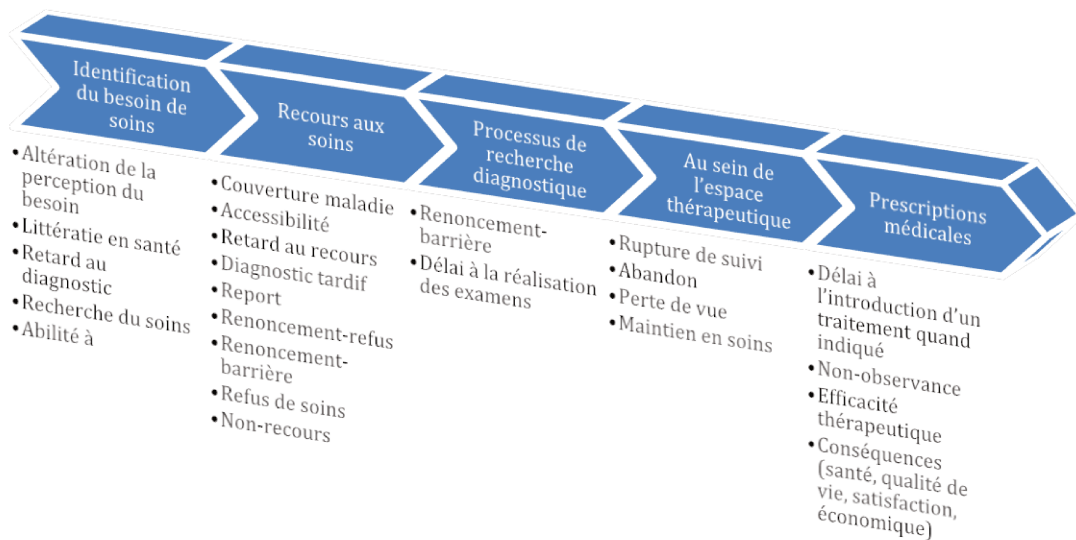


Figure 3 : Accès aux soins aux différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique.

L'accès aux soins est donc un concept multidimensionnel qui résulte de l'interaction entre des facteurs individuels, sociaux, environnementaux, le système de protection sociale, la structuration du système de santé et de facteurs de niveau macro-structurels tels que les lois et les politiques (Andersen and Davidson 2001, Litaker, Koroukian et al. 2005, Levesque, Harris et al. 2013). Parmi ces derniers, on peut individualiser les facteurs liés au système de santé comme l'accessibilité (distance, l'accès en transports en commun, etc.) et la disponibilité (horaires d'ouverture, durée d'attente, etc.) et l'acceptabilité (stigma, etc.) (Penchansky and Thomas 1981, Sibley and Glazier 2009). A ces facteurs, il faut ajouter pour une partie des migrants (en particulier les primo-arrivants mais pas seulement) une liste relativement longue de

facteurs de vulnérabilités pouvant être autant de barrières à leur accès aux soins : barrières administratives (droit au séjour, droit au travail, droit à une protection sociale, entraves administratives), facteurs socio-économiques (précarité économique, difficulté de logement), socio-culturels (difficultés linguistiques, isolement social et affectif, problèmes psychologiques, famille à charge, vie communautaire, dépendance, absence de confidentialité, peur d'être arrêté, barrières culturelles), etc. (Fassin, Carde et al. 2001, Fassin 2002, Mechali and Bouchaud 2008, Douine, Bouchaud et al. 2012, Gray, Hilder et al. 2012, Comede 2013, Lert, Annequin et al. 2013, Chauvin, Simonnot et al. 2014) Au-delà de ces vulnérabilités, il faut considérer les difficultés rencontrées pour bénéficier des droits existants, accéder aux services sociaux et médicaux et accéder à l'aide proposée par le monde associatif qui peut être variable d'un territoire à l'autre).

Les conséquences de ces barrières à l'accès aux soins sont le report ou le renoncement aux soins qui peuvent avoir un impact significatif sur la morbi-mortalité des individus mais qui pourrait aussi contribuer à la diffusion de certaines maladies infectieuses comme la tuberculose, le VIH et l'hépatite B (Weissman, Stern et al. 1991, Chen, Rizzo et al. 2011). Lorsque ces barrières sont le fait des institutions de soin elles-mêmes (refus des médecins libéraux ou d'établissements de santé d'accepter l'Aide Médicale d'État ou la Couverture Maladie Universelle, obstacle à l'accueil de patients sans couverture maladie, etc.) il s'agit du refus de soin qu'il faut bien différencier du renoncement aux soins.

L'accès aux soins doit aussi se concevoir en aval : le maintien ou la rétention dans la filière de soins qui est aussi mis à mal par ces mêmes vulnérabilités (Bouchaud 2009, Bouchaud 2010).

## **2.1. Droit à une couverture maladie en France**

La **Sécurité sociale** a été mise en place en 1945 au lendemain de la seconde guerre mondiale sur la base du programme du Conseil national de la Résistance. Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 promulguées par le gouvernement du Général de Gaulle créent une organisation de la Sécurité sociale. Ces ordonnances fusionnent toutes les anciennes assurances (maladie, retraite, etc.) et constituent une rupture avec une ancienne forme de prise en compte du risque social. Elles prévoient le principe d'une « gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés », le régime général de la

Sécurité sociale ainsi institué ayant vocation à protéger l'ensemble de la population. Elle se met progressivement en place à travers le maintien ou la création de certains régimes spéciaux préexistants et l'extension du régime général à d'autres catégories de la population comme les artisans, les étudiants, etc. Au même moment, des régimes d'assurance maladie complémentaires ont été créés. La décision n° 93-325 DC du Conseil constitutionnel du 13 août 1993 précise que « les étrangers jouissent des droits à la protection sociale, dès lors qu'ils résident de manière stable et régulière sur le territoire français ». Avec l'allongement de l'espérance de vie, le développement des progrès médicaux et l'amélioration des retraites, la Sécurité sociale s'est bientôt trouvée confrontée à des difficultés financières. Pour y faire face, une ordonnance de 1967 a instauré une séparation en branches autonomes : branche maladie, branche accident du travail/maladies professionnelles, branche famille, branche vieillesse et branche recouvrement. Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses. La gestion du risque maladie est assurée par l'Assurance Maladie (AM). Les personnes non couvertes par l'Assurance maladie devaient faire appel à une Aide Médicale Gratuite pour pouvoir se soigner (aide sociale reposant sur la délivrance de bons par les départements ou les mairies) ou assumer le coût de leurs soins. Afin de réduire cet écart, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été mise en place en 1999. Elle représente une étape importante vers l'ambition d'universalité de la couverture maladie en l'ouvrant à toutes les personnes résidant de manière régulière et stable en France et non couvertes préalablement par l'AM. Quelques mois plus tard en 2000, a été mise en place l'Aide Médicale d'État (AME) pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière résidant de manière stable depuis plus de 3 mois sur le territoire français (et qui vient remplacer l'Aide Médicale Gratuite sus citée). Une réforme a été adoptée en 2004 par le Parlement en vue de sauvegarder le régime d'Assurance Maladie tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

Le système de protection social français repose sur plusieurs textes historiques :

- Article 1er de la Constitution de 1946 : « Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille

qu'ils supportent ».

- Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale. « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».
- Article 1er de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ».

#### Encadré 2 : Textes de référence du système de protection social français

L'accès à une couverture maladie pour les étrangers en France dépend donc du statut administratif de la personne résidant en France.

Si la personne est en situation régulière en France, elle peut bénéficier de **l'Assurance Maladie (AM)** qui dépend soit du régime général de la Sécurité Sociale géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), soit du régime agricole, du régime social des indépendants, du régime étudiant, etc. Cette assurance procure une couverture maladie de base qui prend financièrement en charge une partie des soins. Le régime général assure quatre personnes sur cinq en France soit près de 57 millions de bénéficiaires et finance 75% des dépenses de santé. Le régime agricole couvre les exploitants et les salariés agricoles, soit plus de 3 millions de personnes. Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). Le régime social des indépendants (RSI) protège les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) regroupe ces trois principaux régimes. Il existe également de nombreux autres régimes, dits "spéciaux". Ainsi, l'AM est la protection de droit commun accessible à une majorité des personnes installée en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas

d'urgence médico-chirurgicale), et pour les étrangers, seulement à ceux résidants de manière stable et régulière en France. L'ouverture du droit à l'AM donne lieu à la délivrance d'une notification papier, puis d'une carte Vitale sous réserve de l'obtention d'une immatriculation définitive.

Jusqu'en 2016, les personnes en situation régulière (y compris attestation de dépôt de demande d'asile), résidant en France depuis plus de 3 mois et qui n'étaient pas couvertes par le régime obligatoire d'Assurance maladie, pouvaient bénéficier de l'Assurance Maladie via la **Couverture Maladie Universelle** dite de base (CMU). La CMU permettait ainsi le rattachement au régime général de la Sécurité sociale sur la base de la résidence en France. Elle a été mise en place par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 pour les personnes sans activité professionnelle et non ayant droit qui relevaient avant 1999 de l'Aide Médicale gratuite (supprimée, sauf pour les étrangers en séjour irrégulier qui furent exclus du transfert vers l'Assurance maladie). Elle bénéficiait à 2,2 millions de personnes en 2014. La CMU donnait droit au paiement des prestations en nature de l'Assurance Maladie, avec une dispense des cotisations pour les bénéficiaires ayant de faibles ressources. Le vocable CMU dite de base a définitivement disparu au profit de celui d'Assurance Maladie sur critère de résidence en 2016 suite à la réforme de la Protection Universelle Maladie (PUMa). Il est important de préciser ici que le terme PUMa correspond au nom de la réforme et non de la couverture maladie, contrairement à certains usages de professionnels (Maille 2017). On parle ainsi dorénavant uniquement d'Assurance Maladie avec deux portes d'entrées possibles : l'activité professionnelle ou la résidence stable et régulière en France.

Les personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique peuvent être prises en charge à 100% dans le cadre des **Affections de Longue Durée (ALD)**. Il existe 30 ALD dont l'ALD 7 pour les personnes vivant avec le VIH (et autres déficits immunitaires primitifs graves nécessitant un traitement prolongé) et l'ALD 6 pour les personnes vivant avec une hépatite virale B chronique avec indication d'un traitement (et autres maladies chroniques du foie et cirrhoses). Près d'un français assuré sur six bénéficie du dispositif des ALD (9,5 millions de personnes affiliées au régime général en 2012). Les dépenses supportées par l'assurance maladie obligatoire au titre des ALD s'élevaient à 89,3 milliards d'euros en 2013 et constituaient 60,8% du total de ses

remboursements. Le nombre d'admissions en ALD30, au régime général de l'AM, est passé de 869 000 en 2001 à 1 250 000 en 2012.

La couverture maladie « de base » nécessite d'être complétée par une **couverture maladie complémentaire** (ou **complémentaire santé**) pour bénéficier d'une couverture financière suffisante des soins. La complémentaire santé est volontaire et à la charge de l'assuré, et/ou en partie de son employeur, et doit être souscrite auprès d'une mutuelle ou d'une assurance santé privée à but lucratif. On estime que 93% des personnes vivant en France disposaient d'une assurance maladie complémentaire en 2008, 47% par une mutuelle, 20% par une assurance privée et 15% par une mutuelle d'entreprise (Kambia-Chopin, Perronnin et al. 2008). Selon l'enquête ESPS 2012, 89 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (hors institutions) déclaraient bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé et 6 % de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (Célant, Dourgnon et al. 2014).

La **CMU Complémentaire (CMU-C)**, mise en place en même temps que l'élargissement de l'AM aux non travailleurs par la réforme CMU, permet aux personnes résidant en France, dont les revenus sont inférieurs à un plafond de ressources de l'ordre de 800 €/mois, de bénéficier d'une prise en charge de la part complémentaire de leurs dépenses de santé. C'est donc une protection santé complémentaire de service public, gratuite, réservée aux assurés ayant de très faibles ressources et permettant une prise en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, et en sus, incluant des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires y compris prothétiques et orthodontiques, les lunettes, les prothèses auditives et les dispositifs médicaux (cannes, pansements, matériel médical, etc.). Elle permet une dispense totale de l'avance des frais remboursables par l'AM et oblige les professionnels de santé à ne pas appliquer de dépassements d'honoraires. En cas d'hospitalisation, le forfait hospitalier est pris en charge sans limitation de durée. Elle est conditionnée aux ressources (plafond qui varie en fonction de la composition du foyer et des revenus des personnes couvertes ; 734 € par mois pour une personne seule vivant en métropole<sup>2</sup>), à la stabilité de la résidence et à la régularité du séjour. Ainsi les personnes bénéficiant de l'Assurance Maladie et ayant des revenus inférieurs au seuil peuvent demander à bénéficier de la CMU-C. La CMU-C est accordée pour un an et

---

<sup>2</sup> Barème CMU-C et AME au 1<sup>er</sup> avril 2018 pour la France métropolitaine, Assurance Maladie

doit être renouvelée chaque année. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est resté relativement stable entre 2006 et 2012 autour de 4,4 millions de bénéficiaires. Une augmentation a été constatée ensuite avec, au 31/10/2017, un nombre de bénéficiaires estimé à 5,5 millions. Les moins de 20 ans représentent environ 44 % des bénéficiaires de ce dispositif (France métropolitaine), contre 4,6 % pour les plus de 60 ans. La CMU-C n'a pas été modifiée suite à la réforme PUMa (à la différence du vocable CMU dite de base qui a disparu).

Les personnes ne pouvant bénéficier de la CMU-C car elles sont juste au-dessus du plafond de ressources, peuvent demander à bénéficier d'un contrat d'**Aide au paiement d'une Complémentaire Santé** (ACS) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. L'ACS est une prestation sociale gérée par l'Assurance maladie pour le compte de l'État qui consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat pour une complémentaire santé. Les personnes résidant en France, dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %, peuvent bénéficier de cette aide. Le montant de celle-ci augmente avec l'âge du bénéficiaire (de 100 euros pour les moins de 16 ans à 500 euros pour les plus de 60 ans). Les bénéficiaires de l'ACS sont en constante augmentation depuis 2006. Leur nombre est passé d'environ 360 000 en 2006 à 935 000 en 2012, soit 2,6 fois plus, suite à la hausse du plafond d'éligibilité. Même si en 2017, l'ACS bénéficiait à 1,2 millions de personnes pour un coût de 0,3 milliards d'euros, le recours reste faible proportionnellement aux bénéficiaires y ayant droit (Afrite, Mousquès et al. 2014). En 2018, une nouvelle aide financière est expérimentée dite « Solidarité santé » pour les personnes juste au-dessus du seuil de l'ACS.

Les personnes en situation irrégulière, résidant en France de manière stable (depuis plus de 3 mois) et dont les revenus sont inférieurs à un seuil peuvent quant à elles bénéficier de l'**Aide Médicale d'État** (AME). L'AME est définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles du 23/12/2000 et au titre IV du décret du 02/09/1954 (modifié le 28/07/2005). Elle a remplacé l'Aide Médicale gratuite qui était gérée par les départements et destinée aux personnes en situation de précarité (quel que soit leur statut, puis à partir de 1993, uniquement aux étrangers en situation irrégulière avec une condition d'ancienneté de résidence de 3 ans). L'AME est une protection maladie sous forme d'aide sociale qui couvre les parts de base (prises en

charge pour les autres par l'AM) et complémentaires des soins (pris en charge pour les autres par les complémentaires santé). Elle est gérée par les caisses d'Assurance maladie pour le compte de l'État. Elle permet la prise en charge des consultations en ville et à l'hôpital, des prescriptions et du forfait hospitalier à l'exception des prothèses et des dépenses d'optique. Elle donne droit à la dispense de l'avance des frais. Il s'agit d'une prestation d'aide sociale donc les bénéficiaires de l'AME ne sont pas considérés comme des assurés sociaux et ne sont donc pas supportés par l'Assurance Maladie. Les bénéficiaires ont une attestation papier mais pas de carte vitale et ne peuvent donc pas bénéficier de la télétransmission. Environ 230 000 personnes en bénéficiaient en 2010 et 294 000 en 2014 (Gloasguen and Siruge 2015). Au 31/12/2016, le nombre de bénéficiaires était estimé à 312 310 (source Rapport Loi de finances pour 2018). Son budget en 2016 représentait moins de 0,5% des dépenses de l'Assurance maladie. La condition d'ancienneté de présence de trois mois en France n'est pas requise pour les mineurs, les étudiants, les demandeurs d'asile, et les membres de famille rejoignant un assuré. L'AME peut aussi être attribuée à titre humanitaire, sur décision du ministre chargé de l'action sociale, à certaines personnes qui ne remplissent pas les critères d'attribution. Depuis 2011, sont exclus de la prise en charge, les frais relatifs aux cures thermales ainsi que les actes, médicaments et produits spécifiques à l'assistance médicale à la procréation (Article R. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles). Un « ticket d'entrée » de 30 euros avait été instauré en 2011, puis annulé en 2012.

Les étrangers disposant d'un visa court séjour n'ont pas le droit à une prise en charge par l'Assurance Maladie ni par l'AME. Leurs soins sont censés être pris en charge par **l'assurance privée** qu'ils souscrivent avant leur voyage et couvre les soins demandés, ce qui n'est pas toujours le cas (problème des maladies chroniques, parfois exclues même si non connues avant le départ, ou de la notion d'état stabilisé).

Les personnes ressortissantes de l'Union Européenne (UE) peuvent bénéficier d'une prise en charge financière des soins soit par l'intermédiaire de la **Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)** s'ils sont de passage en France et que des soins s'avèrent nécessaires au cours du séjour, ou au titre des droits acquis dans un autre État membre de l'UE et portables en France pour les personnes qui s'installent en France et qui effectuent un transfert de résidence. Les ressortissants européens installés en France, peuvent aussi accéder au dispositif français selon certaines conditions



(résidence habituelle, condition d'ancienneté de résidence et de régularité du séjour pour l'assurance maladie et la CMU-C). Cependant des obstacles sont recensés par les acteurs de terrain, parmi lesquels la contestation par la CPAM de la résidence en France, le renvoi vers les mécanismes européens de coordination et le refus de reconnaître le droit au séjour en France (Comede 2017). Ces obstacles peuvent parfois conduire à des impasses et à de réelles absences de couverture maladie. De plus, certains ressortissants inactifs et ne pouvant justifier de moyens suffisants pour résider en France peuvent perdre leur droit au séjour et être invité à regagner leur pays d'origine. Ils relèvent alors, s'ils restent en France en séjour irrégulier, de l'AME, mais là encore des barrières sont recensées. Par ailleurs l'Assurance Maladie ne faisant pas l'avance pour les soins ambulatoires, les patients sont censés faire eux-mêmes l'avance pour se faire rembourser ensuite par la sécurité sociale du pays européen ayant délivré leur titre de séjour.

Enfin, les migrants en situation irrégulière en France depuis moins de 3 mois (mis à part les personnes sous visa et les citoyens européens) ou dépassant le plafond de ressources de l'AME n'ont droit à aucune prise en charge de leurs soins sauf dans le cadre de l'urgence où le médecin peut demander une prise en charge des soins dans le cadre du **Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux (DSUV)**. Ce dispositif repose sur l'article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles et sur la circulaire « soins urgents » du 16/03/2005. Ils prévoient la prise en charge des personnes non éligibles à l'AME ou à l'AM dont l'absence de soins mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de leur état de santé ou d'un enfant à naître. Les soins concernés sont ceux dispensés dans les établissements de santé, notamment les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse à l'entourage ou à la collectivité, les soins procurés aux mineurs, les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse, les soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, et les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical. L'ensemble des frais est pris en charge avec dispense de l'avance des frais. L'activation de cette prise en charge nécessite souvent qu'une demande d'AME soit déposée et fasse l'objet d'un refus par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Seules les hospitalisations, les consultations hospitalières, les médicaments prescrits à l'occasion des soins urgents et les frais de transports pouvaient être pris en charge.

Toute personne ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières peuvent également avoir recours aux soins via des **consultations gratuites** dans les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** ou auprès de consultations associatives (Médecins du Monde, Comede, Réseau Louis Guilloux, La Case Santé, Réseau Ville Hôpital 77 Sud, etc.). Outre leur offre médicale et sociale, les PASS ont par ailleurs la possibilité de réaliser des examens complémentaires et de délivrer des médicaments en pharmacie hospitalière. Les missions des PASS ont été définies dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Près de 20 ans après leur création, elles sont au nombre de 430 environ sur le territoire, contre 500 initialement prévues, et seules 25% satisfont aux critères minimaux fixés par le Ministère de la Santé, notamment en terme de présence médicale (Helfer 2014). Leur fonctionnement et leur rôle restent très hétérogènes en France (Chappuis, Tomasino et al. 2017) comme leur répartition territoriale et les moyens qui leur sont alloués. En plus des PASS dites généralistes, il existe dans certains grands centres urbains des PASS spécialisées mère-enfant ou pédiatrique, bucco-dentaires, psychiatriques, dermatologiques notamment.

Enfin, même avec une couverture maladie de base et une complémentaire, il persiste des restes à charge pour le patient comme le ticket modérateur en l'absence de couverture complémentaire, les franchises médicales sur les médicaments et les transports sanitaires instaurées le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire, le forfait journalier en cas d'hospitalisation et les dépassements d'honoraires dépassant la prise en charge fixée par l'AM. Par ailleurs, certains soins ne sont pas couverts ou mal couverts comme les soins optiques et dentaires qui peuvent être autant de barrières financières à l'accès aux soins. Le panier de soins de l'AME est quant à lui restreint comme expliqué ci-dessus.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 (LFSS) adoptée le 21 décembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, dite Protection Universelle Maladie (PUMa) simplifie les portes d'entrée à l'AM pour les personnes résidant de manière stable et régulière en France. Ces portes d'entrée sont désormais limitées à deux : soit l'activité professionnelle, soit la présence en France de manière stable (depuis au moins trois mois sauf exceptions) et régulière (nationalité française, titre de

séjour ou démarches entamées pour son obtention). Elle permet ainsi à certaines personnes assurées en tant que bénéficiaires de prestations sociales ou en tant qu'ayant droit de devenir assurées personnellement (sur critère de résidence en France si elles n'ont pas d'activité professionnelle). Les personnes « ayant droit » vont ainsi devenir progressivement assurées par « elle mêmes » sur critère de résidence en France, ce qui ne change rien au contenu de leur protection. Seuls les mineurs restent ayant droits de leurs parents. Cette réforme simplifie aussi les procédures administratives pour éviter les périodes de rupture de droit en cas de changement d'activité, de domicile ou de situation familiale. Le vocable CMU dite de base est donc supprimé au profit de l'utilisation unique du terme d'Assurance Maladie (Maille 2017). La CMU-C, l'ACS, l'AME et le DSUV restent en application.

En pratique, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire (complémentaire santé, CMU-C ou AME) peut permettre la continuité des soins (Comede 2018).

## **2.2. Des barrières à l'accès aux soins persistantes en France**

Bien qu'en théorie le système de protection sociale français garantisse dans la majorité des cas une prise en charge de la santé pour les personnes françaises ou étrangères résidant régulièrement sur son sol, la complexité du système d'assurance maladie conduit cependant à multiplier les obstacles à l'accès à la santé et au renouvellement de l'Assurance maladie des ressortissants étrangers pourtant en séjour régulier en France. Pour les populations démunies, l'obstacle financier reste un frein pour l'accès aux soins en raison des restes à charge (Dourgnon, Jusot et al. 2012), des franchises, des dépassements d'honoraires, du dysfonctionnement des systèmes de dispense d'avance des frais, des prestations non couvertes, etc. Le système d'assurance maladie de base apparaît insuffisant pour garantir une prise en charge et une assurance complémentaire santé s'avère indispensable, même (surtout) pour les personnes en ALD<sup>3</sup>. L'aide d'un intervenant social est la plupart du temps nécessaire pour faire face aux délais d'instruction des demandes de couvertures maladie et de régularisation qui s'allongent du fait des contrôles destinés à lutter contre la fraude, à la barrière de la

---

<sup>3</sup> Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le reste à charge des personnes en ALD est bien supérieur à celui des autres assurés, car ils recourent aux soins fréquemment et cumulent ainsi les restes à charge malgré la prise en charge à 100% de certains soins liés à leur pathologie principale

langue pour certains et aux difficultés d'utilisation d'un système complexe. Par ailleurs, pour les personnes en situation de précarité sociale, à la barrière financière s'ajoute les barrières numérique si pas d'accès ou pas de maîtrise d'internet, linguistique et administrative, mises en exergue dans de récentes études et enquêtes selon lesquelles les populations précaires sont de loin les moins efficacement accompagnées dans leur accès aux droits, notamment à la couverture maladie (Le Défenseur des droits 2016). La difficulté d'accéder aux informations sans avoir un accès internet ou en ayant des difficultés en français, l'accès difficile à un travailleur social, sont autant de freins à l'accès aux soins.

### **2.2.1. Défaut de couverture maladie**

Une des principales barrières à l'accès aux soins est l'absence de couverture maladie complémentaire, le reste à charge étant estimé de l'ordre de 25% du coût des soins en son absence (Dourgnon, Jusot et al. 2012). Les Français qui en ont une ont significativement plus de visites chez le médecin que les autres (Buchmueller, Couffinhal et al. 2004). Parmi les 7% d'habitants non couverts par une couverture maladie en 2008, plus d'un sur deux évoquait des raisons financières (Kambia-Chopin, Perronin et al. 2008). Selon l'enquête ESPS 2012, 89% des personnes vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine déclaraient bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé, 6% de la CMU-C et 5% ne pas être couvertes par une complémentaire santé (Célant, Dourgnon et al. 2014).

Dans son rapport sur la pauvreté, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) estime que 18,6% des Français originaires de France ou de l'Union européenne (UE) étaient à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2012 (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2014). Ce taux monte à 35,6% chez les personnes originaires de pays hors UE. Les personnes les plus modestes consacrent une part plus importante de leur revenu à se soigner que le reste de la population (Lardellier, Legal et al. 2012).

En 2012, le taux de non-recours à la CMU-C en France métropolitaine était estimé entre 21% et 34% (Chérèque and Vanackere 2014). Le taux de non-recours à l'ACS en 2012 était encore plus élevé, compris entre 57 et 70 % de la population

éligible et les garanties offertes par les contrats sont souvent limitées (Guthmuller, Jusot et al. 2011).

Peu de données sont disponibles sur la couverture médicale des immigrés en France. Dans l'enquête Trajectoire et Origines (TeO), l'absence totale de couverture médicale apparaissait marginale, que ce soit dans la population majoritaire (1%) ou pour les immigrés (2% pour les femmes et 3% pour les hommes) (Hamel and Moisy 2013). En revanche, on constatait que les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME étaient beaucoup plus nombreux chez les immigrés que dans la population majoritaire, un phénomène accentué pour les femmes (6% des hommes et 12% des femmes parmi les immigrés contre respectivement 3% et 5% au sein de la population majoritaire). L'AME concernait 1% des personnes immigrées. La plus grosse différence entre immigrés et population majoritaire concernait l'absence de couverture complémentaire qui touchait 23% des hommes et 21% des femmes immigrées contre respectivement 6% et 5% dans la population majoritaire. Les immigrés originaires de Turquie et d'ASS y étaient les plus exposés. Ces différences corroborent des résultats antérieurs de 2009 (Dourgnon, Jusot et al. 2009). Les personnes en situation de précarité fréquentant les consultations associatives et qui sont majoritairement issus de l'immigration, sont souvent dépourvues de couverture maladie. C'était le cas de 84% des consultants des Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde (Mdm) en 2016, alors que 80 % relevaient, au regard de leur situation administrative, d'un dispositif de couverture maladie (53 % de l'AME, 26 % de l'Assurance Maladie et 2% d'une couverture de base européenne ou VISA) (Chappuis, Tomasino et al. 2017). Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les principaux obstacles rapportés. Ces résultats apportent un éclairage important sur la problématique de l'accès à une couverture maladie mais doivent cependant être interprétés avec prudence en raison, soit du mode de recueil du statut de couverture maladie (déclaratif, type de questions posées, méconnaissance du statut par les personnes interrogées), soit en raison des spécificités de la population d'étude (personnes en situation de précarité sans couverture maladie se présentant à une consultation gratuite).

### **2.2.2. Inégalités dans la consommation de soins**

Des inégalités sociales existent dans la consommation de soins en France comme dans la plupart des pays européens, bien que la population d'origine étrangère soit

considérée comme particulièrement vulnérable et la question de son accès aux soins soient considéré comme un enjeu de santé publique (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005, van Doorslaer, Masseria et al. 2006) (Wagstaff and van Doorslaer 2000). Les résultats des diverses études françaises sont relativement convergents et soutiennent l'idée d'un moindre recours de la population immigrée au généraliste (Mizrahi and Mizrahi 2008, Dourgnon, Jusot et al. 2009, Berchet 2011), ou au spécialiste (Attias-Donfut and Tessier 2005, Dourgnon, Jusot et al. 2009, Berchet 2011, Berchet and Jusot 2012). Toutefois, après ajustement sur les conditions socio-économiques et la couverture maladie complémentaire, l'utilisation des services de santé par les immigrés ne se différencierait plus de celle des Français. Ainsi, le moindre recours aux soins des immigrés s'expliquerait par leurs conditions économiques et sociales sur le territoire français et l'accès à une couverture maladie (Dourgnon, Jusot et al. 2009, Berchet 2011).

### ***2.2.3. Obstacles dans l'accès aux soins***

Les obstacles à l'accès aux soins font l'objet d'une analyse détaillée chaque année par le Comede et Médecins du Monde auprès de leurs consultants (Chappuis, Tomasino et al. 2017). Un tiers des consultants des CASO en 2016 évoquent des difficultés administratives, 23% une méconnaissance des droits et des structures, 17% une barrière linguistique et 18% des difficultés financières, comme principaux obstacles dans leur accès aux soins. Les difficultés financières concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé. Quant à l'accès à l'interprétariat et à la médiation en santé, récemment reconnus dans la loi de santé de 2016, leur accès est le plus souvent non effectif dans les structures de santé, y compris dans les services spécialisés comme les PASS (Chappuis, Tomasino et al. 2014, Legros 2014). Selon les médecins des CASO, 47 % des patients présentaient un retard de recours aux soins, 38 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente et 45,5 % des femmes enceintes présentaient un retard de suivi de grossesse (Chappuis, Tomasino et al. 2017). Là encore, le principal facteur de retard à l'accès aux soins était l'existence d'une protection maladie et son degré de couverture. En 2013, plus des trois quarts des obstacles recensés dans le cadre des permanences téléphoniques du Comede étaient des difficultés d'accès à la protection maladie (Comede 2014). Le Comede souligne ainsi la complexité des procédures, les demandes abusives de pièces

justificatives et les obstacles linguistiques participant à l'exclusion des droits et au renoncement de la personne aux soins.

#### **2.2.4. Renoncement aux soins**

Le renoncement aux soins correspond aux situations dans lesquelles « *les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* » (Després, Dourgnon et al. 2011). Malgré la mise en place et une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'Assurance Maladie, de la CMU-C et de l'ACS, un nombre croissant de personnes, et en particulier celles dont le niveau de vie est le plus modeste, renoncent à se soigner pour des raisons financières (ONPES 2014). Le renoncement aux soins a été retenu comme un indicateur de l'accès aux soins et est, depuis, largement utilisé pour évaluer les politiques publiques visant la réduction des inégalités sociales de santé<sup>4</sup> (Lang 2009). Il est mesuré à intervalle régulier dans les Enquêtes sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) et a été intégré à de nombreuses autres enquêtes (Allonier, Dourgnon et al. 2010, Després, Dourgnon et al. 2011). Le renoncement aux soins est associé à un plus mauvais état de santé quatre ans plus tard (Boisguérin 2011).

Les renoncements concernent principalement les soins dentaires et, dans une moindre mesure, l'optique et les consultations de médecins généralistes et spécialistes. Le renoncement aux soins pour raisons financières est fréquent en France en population générale : taux de 11% à 26% dans les 12 derniers mois en fonction des années et des définitions utilisées (Després, Dourgnon et al. 2011, Célant, Dourgnon et al. 2014). Il a été estimé à 20% à Paris (Cadot, Gueguen et al. 2008). Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières varie de 15% chez les bénéficiaires d'une couverture maladie complète à 20% chez les bénéficiaires de la CMU-C et 33% chez les personnes non protégées par une assurance maladie complémentaire. Il est de 25% chez les bénéficiaires de l'AME et de 44% chez les assurés éligibles à l'ACS et n'y ayant pas souscrit. Il est plus élevé chez les femmes (18% vs 12% chez les hommes), chez les chômeurs (28% vs 14% chez les actifs), chez ceux ayant un revenu inférieur à 876 euros (25%). Les données sont plus rares pour les personnes en situation de vulnérabilité ou

---

<sup>4</sup> Objectif 3 de la loi de Santé Publique visant à réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire et Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

ne bénéficiant pas d'une couverture sociale et reposent principalement sur les données associatives de MdM (taux de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois de 20% ; 22% à l'échelle de l'ensemble des centres européens) (Chauvin, Simonnot et al. 2014). Le renoncement aux soins semble ainsi principalement expliqué par les difficultés financières et une couverture maladie insuffisante des personnes en besoin de soins. Les femmes renoncent plus souvent aux soins pour raison financière que les hommes. Les personnes en moins bon état de santé renoncent plus souvent aux soins. Il est également plus fréquent chez les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles, ayant un faible niveau socio-économique, ayant une forte attente et demande de soins, et/ou présentant certaines caractéristiques psychologiques (notamment les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes) (Parizot, Péchoux et al. 2004, Bazin, Parizot et al. 2006). Les déterminants du renoncement aux soins ont fait l'objet de nombreux autres travaux en France et à l'international et peuvent être synthétisés de la manière suivante :

- **les déterminants individuels et migratoires :**

- les jeunes (Després, Dourgnon et al. 2011, Marshall 2011, Levesque, Pineault et al. 2012, Cavalieri 2013, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013)
- *l'avancée en âge* (Chappuis, Tomasino et al. 2014, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017) et plus précisément les *classes d'âge intermédiaires* (les plus de 65 ans renonçant moins aux soins) (Levesque, Pineault et al. 2012, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017)
- les femmes (Cadot, Gueguen et al. 2008, Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Levesque, Pineault et al. 2012, Renahy, Vallée et al. 2012, Cavalieri 2013, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Chappuis, Tomasino et al. 2014, Cylus and Papanicolas 2015, Kim, Kim et al. 2015)
- les consultants français des CASO de MdM comparés aux consultants étrangers (Chappuis, Tomasino et al. 2014)
- les consultants des CASO en France depuis plus d'un an et plus de 3 ans (Chappuis, Tomasino et al. 2014)
- les migrants sans papiers (Cylus and Papanicolas 2015)

- **les déterminants de santé :**



- la souffrance psychique (Bertet, Etienne et al. 2011, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Moisy 2014)
- le mauvais état de santé perçue (Allin and Masseria 2009, Bertet, Etienne et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Levesque, Pineault et al. 2012, Moisy 2014, Cylus and Papanicolas 2015, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017)
- la faible estime de soi (Parizot, Péchoux et al. 2004, Bazin, Parizot et al. 2006)
- les maladies chroniques (Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Renahy, Vallée et al. 2012, Ronksley, Sanmartin et al. 2012) et en particulier la dépression (Renahy, Vallée et al. 2012, Ronksley, Sanmartin et al. 2012) ou les comorbidités multiples (Ronksley, Sanmartin et al. 2012),
- les affections longue durée (Dourgnon, Guillaume et al. 2012)
- les limitations fonctionnelles (Dourgnon, Guillaume et al. 2012)
- la forte attente et demande de soins (Parizot, Péchoux et al. 2004, Bazin, Parizot et al. 2006)
- le tabagisme (Moisy 2014)
- les troubles de la vue (Baggett, O'Connell et al. 2010)
- **les barrières administratives :**
  - l'absence de droit au séjour (Chappuis, Tomasino et al. 2014)
  - l'absence droit au travail
  - l'absence de couverture maladie de base (Shi and Stevens 2005, Pagan and Pauly 2006, Cadot, Gueguen et al. 2008, Baggett, O'Connell et al. 2010, Després, Dourgnon et al. 2011, Renahy, Vallée et al. 2012, Chappuis, Tomasino et al. 2014, Moisy 2014)
  - l'absence de CMU-C (Després, Dourgnon et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011, Renahy, Vallée et al. 2012)
  - l'absence de complémentaire santé (Després, Dourgnon et al. 2011, Renahy, Vallée et al. 2012, Célant, Dourgnon et al. 2014)
  - les personnes au-dessus des seuils CMU-C ou ACS (Després, Dourgnon et al. 2011)
  - les entraves administratives, les difficultés rencontrées pour bénéficier des droits existants, la méconnaissance des droits (Després, Dourgnon et al. 2011)

- **les facteurs socio-économiques :**

- le *bas niveau d'éducation* (Bertet, Etienne et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Moisy 2014, Kim, Kim et al. 2015, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017),
- la catégorie socioprofessionnelle faible (Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012), les employés administratifs (Dourgnon, Guillaume et al. 2012),
- le niveau de revenu bas (Parizot, Péchoux et al. 2004, Shi and Stevens 2005, Bazin, Parizot et al. 2006, Cadot, Gueguen et al. 2008, Allin and Masseria 2009, Schoen, Osborn et al. 2010, Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Levesque, Pineault et al. 2012, Renahy, Vallée et al. 2012, Cavalieri 2013, Cylus and Papanicolas 2015, Socias, Koehoorn et al. 2016, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017),
- la précarité économique (Bertet, Etienne et al. 2011, Célant, Dourgnon et al. 2014),
- l'insécurité alimentaire (Baggett, O'Connell et al. 2010),
- la mauvaise situation financière perçue (Parizot, Péchoux et al. 2004, Bazin, Parizot et al. 2006, Renahy, Vallée et al. 2012), le chômage (Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Cylus and Papanicolas 2015)
- mais aussi le fait d'être actif (pour le renoncement aux soins par manque de temps) (Cavalieri 2013),
- les femmes/hommes au foyer (Dourgnon, Guillaume et al. 2012), les autres inactifs (Dourgnon, Guillaume et al. 2012),
- l'absence de perception d'allocations (Bertet, Etienne et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011),
- le revenu de solidarité active activité seul en comparaison avec le RSA socle (Moisy 2014),
- un score Epices élevé (Després, Dourgnon et al. 2011),
- l'absence de logement personnel (Chappuis, Tomasino et al. 2014),
- les difficultés de transport (Célant, Dourgnon et al. 2014),
- la résidence en périphérie des grandes villes (Kim, Kim et al. 2015),
- la résidence dans un quartier ouvrier ou Zone Urbaine Sensible (ZUS) (Renahy, Vallée et al. 2012),

- les besoins des enfants entraînant renoncement pour soi (Després, Dourgnon et al. 2011),
- *le fait d'avoir été placé en tant que mineur* (Baggett, O'Connell et al. 2010))
- **l'intégration / le réseau social :**
  - *l'isolement social* (Cadot, Gueguen et al. 2008, Renahy, Vallée et al. 2012, Moisy 2014),
  - le fait de vivre seul (Cadot, Gueguen et al. 2008, Warin, Chauveaud et al. 2008, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017),
  - le fait de pouvoir compter sur un soutien matériel (Cadot, Gueguen et al. 2008, Warin, Chauveaud et al. 2008),
  - *l'absence de pression de l'entourage* (Després, Dourgnon et al. 2011),
  - *l'absence de contact avec la famille* (Warin, Chauveaud et al. 2008),
- **les facteurs socio-culturels :**
  - les difficultés linguistiques, *l'isolement affectif*, lq famille à charge, la famille monoparentale (Dourgnon, Guillaume et al. 2012),
  - la famille de plus de 6 personnes (Dourgnon, Guillaume et al. 2012),
  - la vie communautaire, la dépendance, *l'absence de confidentialité*, la *peur d'être arrêté*
- **les trajectoires de vie difficile :**
  - les événements graves, les ruptures biographiques (Parizot, Péchoux et al. 2004, Bazin, Parizot et al. 2006),
  - *le fait d'avoir d'autres soucis* rentrant en concurrence avec la démarche de soins (Renahy, Vallée et al. 2012),
  - le manque de temps (Renahy, Vallée et al. 2012)
- **les facteurs liés au système de soins :**
  - le coût du soin (Boisguérin 2011, Després, Dourgnon et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011),
  - le niveau de remboursement (Després, Dourgnon et al. 2011),
  - le reste à charge (Després, Dourgnon et al. 2011),
  - *l'avance de frais* (Després, Dourgnon et al. 2011),
  - les honoraires libres (Boisguérin 2011),

- le *délai d'attente trop long* (Boisguérin 2011, Renahy, Vallée et al. 2012, Cavalieri 2013, Célant, Dourgnon et al. 2014),
- la distance trop importante (Boisguérin 2011, Cavalieri 2013, Célant, Dourgnon et al. 2014),
- les difficultés de transport (Cavalieri 2013, Célant, Dourgnon et al. 2014),
- trop compliqué/ne savait pas où aller (Renahy, Vallée et al. 2012),
- ne pas avoir de médecin traitant (Levesque, Pineault et al. 2012),
- la rencontre avec un professionnel de santé de confiance (Després, Dourgnon et al. 2011)

Malgré ces nombreux travaux, peu de données existent sur le renoncement aux soins des immigrés. Deux études françaises se sont intéressées à cette problématique : la cohorte SIRS et l'étude TeO (Hamel and Moisy 2012, Renahy, Vallée et al. 2012). Dans la première, comparativement aux Français nés de deux parents français, les Français nés de parents étrangers et les étrangers avaient plus de risque d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières avant ajustement. Cette association n'était plus significative pour les étrangers une fois les caractéristiques sociales prises en compte. Elle restait par contre significative quand on ne s'intéressait qu'aux renoncements à des médicaments ou aux soins d'optique. Dans l'enquête TeO, 14% des hommes et 16% des femmes immigrés en besoin de soins avaient renoncé à des soins dans les 12 derniers mois contre respectivement 12% et 20% dans la population majoritaire (Hamel and Moisy 2013). Ces derniers chiffres ne sont pas comparables à ceux des grandes enquêtes puisqu'ils n'ont été mesurés que parmi ceux catégorisés comme en besoin de soins sur la base des indicateurs disponibles.

#### **2.2.5. Refus de soins**

Le refus de soins peut être défini par tout comportement d'un professionnel de santé entraînant directement ou indirectement à l'absence de délivrance des soins ou traitements appropriés à la situation du patient, notamment du fait de sa situation, de sa nationalité ou de sa couverture sociale.



La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Code de la santé publique) établit que :

- L. 1110-3 : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. »*
- L. 1110-5 : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. »*

Mais l'article 47 du Code de déontologie médicale prévoit que « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». Ainsi, le médecin peut refuser les soins en cas de mésentente avec un patient, ou d'incompétence compte tenu de la spécificité de la maladie.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009) a mis en place une procédure de signalement complexe avec de multiples organismes qui peuvent être saisis, sans guichet unique, pour traiter des refus de soins, avec des sanctions

prononcées à l'égard des professionnels rares.

La loi « de modernisation de notre système de santé » (2016) a créé, auprès de chaque Conseil départemental des ordres des professionnels de santé médicaux, une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes et de proposer des solutions pour y mettre fin.

Encadré 3 : Ce que dit la loi sur les refus de soins

Source : [(Le Défenseur des droits 2014)]

Les refus de soins semblent principalement liés au type de couverture maladie du patient. Ainsi, un taux de refus de soins moyen de 19% était opposé aux bénéficiaires de la CMU-C par les médecins généralistes, ce taux montait à 25% pour les spécialistes. Des études de « testing », consistant à effectuer des tentatives multiples de prise de rendez-vous, ont confirmé des taux de refus de soins élevés auprès des bénéficiaires de la CMU-C (Despres and Naiditch 2006, Despres, Guillaume et al. 2009). Pour les bénéficiaires de l'AME, il a été estimé à 34% de la part des médecins généralistes de secteur 1 et 59% pour ceux exerçant en secteur 2 (Médecins du Monde, Simonnot et al. 2006, Le Défenseur des droits 2014). Les données sont plus rares pour les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale et reposent principalement sur les données associatives de Médecin du Monde (taux de refus de soins au cours des 12 derniers mois chez les consultants des CASO de 4% ; 17% à l'échelle de l'ensemble des centres européens) (Chauvin, Simonnot et al. 2014). Peu de données sont disponibles sur les refus de soins vécus par les populations immigrées. Dans l'enquête TeO, le taux de refus de soins avoisinait 15% des répondants, sans variation selon que les enquêtés soient issus de l'immigration ou non (Hamel and Moisy 2012). Les facteurs associés aux refus de soins ont été peu étudiés, en particulier auprès des immigrés

Les outils existant pour lutter contre les refus de soins sont limités et peu efficaces (conciliateur de la CPAM, ordres professionnels, défenseur des droits). Ils sont peu utilisés, soit parce que ceux qui en sont victime n'en ont pas conscience ou ignorent l'existence de recours possible, mais aussi par crainte d'entamer une procédure dans un rapport de force défavorable. L'une des difficultés tient aussi aux moyens de preuve, très difficiles à réunir (L'Hénaff, Blanc et al. 2017).

### **2.2.6. Enjeux territoriaux de l'accès aux soins**

L'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins. Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés et a des conséquences différenciées en fonction des classes sociales concernées (Coldefy, Com-Ruelle et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011). La répartition inégale de l'offre médicale sur le territoire, la concentration médicale sur certains territoires et, à l'inverse, la désertification de certains autres contribuent fortement à ces inégalités. Elle est particulièrement problématique pour ce qui concerne l'accès aux soins gratuits dans les PASS et de la possibilité d'hospitalisation dans le cadre du DSUV très variable d'un territoire à l'autre. Les enjeux liés à l'organisation territoriale impactent d'autant plus les immigrés qu'ils vivent plus souvent dans les quartiers pauvres (Beauchemin, Hamel et al. 2015).

### **2.2.7. Étrangers malades et accès au droit au séjour pour raison de santé**

En 1998, suite à une mobilisation associative portée notamment par les organisations de lutte contre le VIH/Sida, la France a d'abord mis en place une protection contre l'éloignement des étrangers malades en 1997 (loi Debré), puis instauré un droit au séjour pour raison médicale pour les personnes étrangères qui souffraient d'une maladie grave et pour qui l'accès au traitement n'était pas possible dans le pays d'origine (Izambert 2014). Ce droit a été formalisé dans la loi dite « Chevènement » du 11/05/1998, spécifiant que les personnes étrangères malades résidant en France peuvent demander de plein droit une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée vie familiale » avec droit au travail si leur état de santé les expose à des conséquences graves en cas de manque de soins et s'ils risquent de ne pas pouvoir bénéficier d'une prise en charge appropriée dans leur pays d'origine (défini aujourd'hui par l'article L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)). La loi dite « Besson » du 16/06/2011 en a modifié les termes et la procédure en remplaçant le critère de l'impossibilité pour l'étranger de bénéficier « effectivement » d'un traitement approprié par celui de « l'absence de traitement approprié ». Cependant, une instruction de 11/2011 rappelle « qu'il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives ont accès aux traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement ». L'instruction ministérielle du 10 novembre 2011 précise que les « traitements » pour le VIH/Sida sont considérés

comme absents dans l'ensemble des pays en développement et les traitements pour les hépatites (VHB/VHC) ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.

Jusqu'en 2016, la particularité de cette procédure était de prévoir un double niveau de décision : le Médecin de l'Agence Régionale Santé (ARS) donnait un avis médical au préfet qui au vu de cet avis, délivrait ou non le titre de séjour. Les principales pathologies pour lesquelles étaient rendus des avis comprenaient les maladies psychiatriques (23 %), le VIH (14 %), les hépatites (9 %), le diabète (7 %), les cancers (6%) et les maladies cardiovasculaires (5 %) (Ministère de la Santé 2016). En 2014, un total de 34 685 titres de séjour pour raison médicale auraient été délivrés en France (Comede 2017).

Suite à la loi 2016-274 du 7 mars 2016 , l'évaluation médicale des demandes de droit au séjour pour soins a été modifiée et est, dorénavant, réalisée par les médecins des Offices Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), qui dépendent du ministère de l'intérieur, et non plus par les médecins des ARS qui dépendaient du ministère de la santé. Ceci a eu pour conséquence un contrôle accru des demandeurs (contrôle des sérologies VIH), un rallongement de la procédure, et une modification des avis médicaux formulés et des décisions préfectorales dans les attributions de droit au séjour (en lien avec un avis médical défavorable, voire en contradiction avec un avis médical favorable). Plusieurs cas d'expulsion ou de menace d'expulsion (Obligation de Quitter le Territoire Français) de personnes étrangères vivant avec le VIH ont été rapportés par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) spécialisées dans le droit des migrants (AIDES 2018, ODSE 2018). Par ailleurs, dans l'actuel projet de loi sur l'asile et l'immigration, il est envisagé de limiter le délai au cours duquel il sera possible de déposer une demande de titre de séjour pour raison de santé après avoir été débouté du droit d'asile, là où les délais de diagnostic des pathologies concernées est souvent long (ODSE 2018).

Peu de données existent, à une échelle populationnelle, sur le niveau de recours et le niveau d'acceptation de ces demandes, notamment en fonction des pathologies concernées. L'absence de droit au séjour des personnes malades est pourtant un facteur important de vulnérabilité sociale et sexuelle, mais aussi un facteur limitant pour l'accès aux soins (Desgrees-du-Lou, Pannetier et al. 2016, Pannetier, Ravalihasy et al. 2018).



La régularisation des personnes atteintes de maladies chroniques en situation irrégulière apparaît, ainsi, comme un facteur facilitant l'accès et le maintien en soins. L'accès au droit au séjour pour raison de santé est parfois rendu difficile du fait du manque d'information de la personne migrante, des difficultés à avoir accès aux professionnels compétents pour l'accompagnement et les difficultés à regrouper les documents nécessaires au traitement de ces demandes.

### **3. Le VIH/SIDA et l'hépatite B chronique : deux maladies chroniques impactant fortement les immigrés d'Afrique subsaharienne**

#### **3.1. Hépatite B chronique**

Dans le monde, les personnes vivant avec une hépatite B chronique (PVHBC) sont plus de 240 millions (WHO 2014). Dans les pays de forte endémie de l'hépatite B, les habitants sont souvent exposés au Virus de l'Hépatite B (VHB) à la naissance ou de manière horizontale durant l'enfance (Martinson, Weigle et al. 1998, Andersson, Rajbhandari et al. 2015). Et ce sont justement les individus contaminés le plus tôt au cours de leur vie qui ont le risque le plus élevé de développer une Hépatite B Chronique (HBC) et ses complications à long terme. Les personnes originaires d'ASS vivant en France présentent une prévalence élevée de portage de l'Antigène HBs (5,3%) (Meffre, Le Strat et al. 2007). Dans l'enquête Afrobaromètre réalisée en 2016 auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes rencontrées lors d'actions hors les murs, la prévalence de l'Ag HBs était similaire (5,1%), mais seuls 33% avaient connaissance de leur statut. Ces chiffres traduisent l'importance de l'épidémie cachée estimée en France à 150 000 personnes (Santé Publique France).

Parmi les 2872 patients pris en charge pour une HBC dans les services experts en 2008-2011, 54% étaient originaires d'un pays à forte endémicité (Larsen, Pioche et al. 2010, Institut de Veille Sanitaire 2013). Dans l'enquête ANRS-Parcours, les immigrés d'ASS vivant avec une hépatite B chronique et suivis en Ile-de-France constituent une population majoritairement masculine, relativement jeune (âge médian de 39 ans), installée en France de façon durable (depuis 10 ans en médiane) (Dray Spira, Gigonzac et al. 2015). Les situations de précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes (12,1% de personnes sans logement stable, 32,1% sans emploi), tout

particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Le maintien du secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage est fréquent, en particulier chez les hommes (23,9%). Le diagnostic d'hépatite B chronique n'a été établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas, après un délai de 3 ans en médiane, et dans des circonstances variées (Pannetier, Gigonzac et al. 2017). Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes, parmi lesquels le diagnostic survient dans un délai plus long que chez les femmes après l'arrivée en France et plus souvent lors d'une phase active de la maladie. Les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins.

L'hépatite B chronique semble faire l'objet d'une stigmatisation moins importante que celle dont fait l'objet l'infection par le VIH parmi les communautés d'Afrique subsaharienne, au moins en partie du fait de sa méconnaissance profonde (Vignier, Jestin et al. 2009). Cependant, la découverte d'une HBC chez un immigré d'Afrique subsaharienne peut être mal vécue dans certains cas avec une problématique du secret qui s'instaure et une peur de la transmission secondaire (Pourette 2013).

Peu de données sont disponibles sur l'accès aux soins des immigrés originaires d'ASS vivant avec une HBC. L'accent étant mis sur la vaccination dans les pays d'origine, les programmes de dépistage et de prise en charge de l'HBC sont le plus souvent absents ce qui entraîne, de fait, un retard de diagnostic et de prise en charge généralisé. L'enjeu de l'accès au diagnostic et aux soins se joue également après la migration en France. Parmi les PVHBC originaires d'un pays de forte endémie nouvellement prises en charge en France dans un pôle de référence, seuls 48% l'avaient été dans l'année après le diagnostic (Larsen, Pioche et al. 2010). Des travaux qualitatifs soulignent des difficultés rencontrées dans l'acceptation de la maladie et son suivi, mais aussi l'absence de prise en charge globale similaire à celle souvent rencontrée pour le VIH (Enel, Minello et al. 2012, Pourette 2013, Gerbier-Aublanc, Gosselin et al. 2016). Dans l'expérience du Comede, le taux d'acceptation de titres de séjour pour raison de santé pour les immigrés atteints d'HBC était de 54% (Comede 2013).

Quelques données internationales questionnent aussi la problématique de l'accès et du maintien en soins des PVHBC issues de l'immigration. Dans une étude de dépistage du VHB réalisée à Los Angeles auprès de migrants asiatiques, 43% des 297 PVHBC immigrées diagnostiquées à cette occasion avaient renoncé aux soins 6 mois plus tard (Xu, Tien et al. 2013). Parmi les 20 PVHBC chinoises dépistées à l'occasion d'un programme ciblé au Royaume Uni seules 6 étaient informées de leur statut et une seule était suivie (Vedio, Ellam et al. 2013). Parmi les 9000 migrants ayant bénéficié d'un programme de dépistage à New York (Pollack, Wang et al. 2011), 1632 ont été diagnostiqués porteur d'une infection chronique par le VHB et 1162 sont entrés en soins grâce aux services mis en place par le programme. Il n'y a pas eu de suivi du maintien en soins.

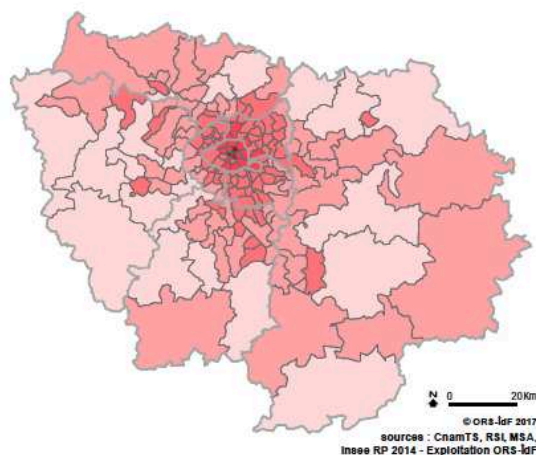
### **3.2. Infection par le VIH**

L'infection par le VIH touche 35,3 millions de personnes dans le monde. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée, regroupant 69% des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). En Europe, les immigrés représentent 37% des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH (22% pour les immigrés hors UE) (ECDC 2013). Les immigrés originaires d'ASS et d'Asie du Sud Est étaient plus souvent diagnostiqués à un stade avancé que les PVVIH des populations majoritaires des pays de l'UE.

En France, parmi les 6000 découvertes de VIH en 2014, 48% concernaient des personnes nées à l'étranger (jusqu'à 60% en Ile-de-France) (SPF 2016). Les personnes nées en Afrique subsaharienne représentent les deux tiers de ces découvertes de séropositivité dont plus de la moitié étaient des femmes. Le principal mode de contamination des personnes originaire d'ASS est la transmission lors de rapports hétérosexuels (86 % des hommes et 99 % des femmes). Les découvertes de séropositivité à un stade avancé (stade SIDA et/ou avec moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>) concernaient, en 2014, 32 % des immigrés d'ASS, contre 21 % des personnes nées en France. Les hétérosexuels originaires d'ASS représentent ainsi le deuxième groupe le plus touché par l'infection par le VIH après les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, alors qu'ils ne représentent que 0,5% de la population française. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne présentent ainsi le taux de découvertes de séropositivité le plus élevé de France (270/100 000 vs 6/100 000 pour les personnes nées en France) (SPF 2016). Ces taux reflètent les fortes prévalences de l'infection par

le VIH dans les pays d'origine, mais aussi une vulnérabilité particulière aux infections sur le territoire français. En effet, en 2014, parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité pour le VIH, 12% avaient un test d'infection récente positif traduisant une infection dans les 6 mois précédent et 29% étaient infectés avec un virus VIH-1 de sous type B, sous type quasiment inexistant en ASS et prédominant en Europe (SPF 2016). Ces résultats ont été confortés par les résultats de l'enquête ANRS-Parcours qui seront résumés plus bas. Une proportion importante des personnes vivant avec le VIH réside en Ile-de-France dans des territoires où réside une proportion importante d'immigrés telle qu'en témoigne la distribution géographique de l'ALD 7 (Figure 4). Enfin, parmi les 24 000 PVVIH estimées non diagnostiquées en 2014 (population cachée), on estimait qu'un peu plus de 10 000 concernaient des hommes et femmes hétérosexuels nés à l'étranger et 2 000 des hommes d'origine étrangère ayant des rapports sexuels avec des hommes (Supervie, Ndawinz et al. 2014).

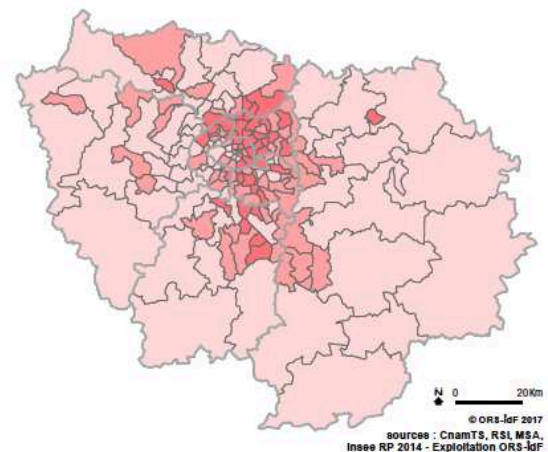
Figure 1 . Taux standardisés des bénéficiaires de l'ALD 7 en 2014 chez les hommes



Taux standardisés pour 100 000



Figure 2 . Taux standardisés des bénéficiaires de l'ALD 7 en 2014 chez les femmes



Taux standardisés pour 100 000



Figure 3 . Part d'immigrés d'origine africaine hors Maghreb par canton en Île-de-France

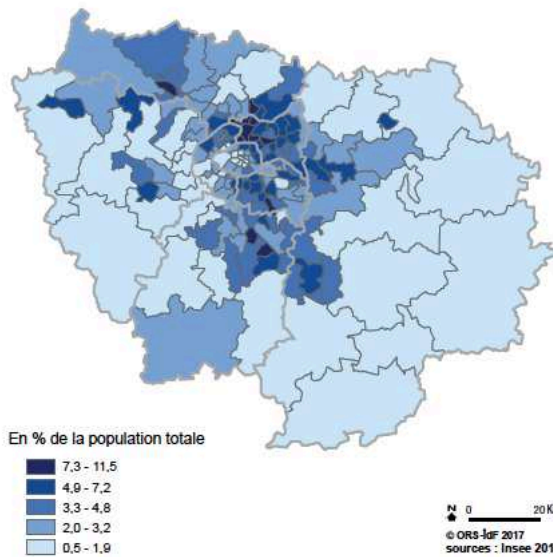


Figure 4 . Part d'immigrés d'origine du Maghreb par canton en Île-de-France

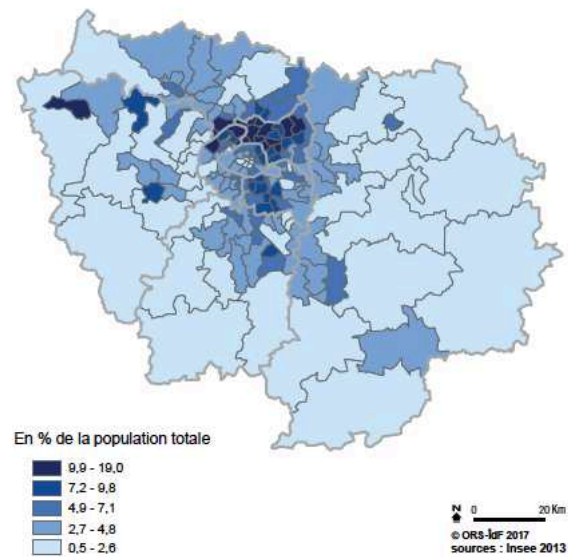


Figure 4 : Taux standardisés des hommes et femmes bénéficiaires de l’Affection Longue Durée et part des immigrants originaires d’Afrique subsaharienne et du Maghreb en 2014 en Ile-de-France

Source : [(Féron 2017)]

L’infection par le VIH est une maladie qui a fait l’objet d’une forte stigmatisation depuis son apparition dans le début des années 80. Aujourd’hui encore, les PVVIH font l’objet de discriminations importantes (Marsicano, Dray-Spira et al. 2014). Le stigma est particulièrement fort parmi les populations d’ASS, complexifiant la prévention, l’accès au diagnostic et leur prise en charge (Lydie 2007).

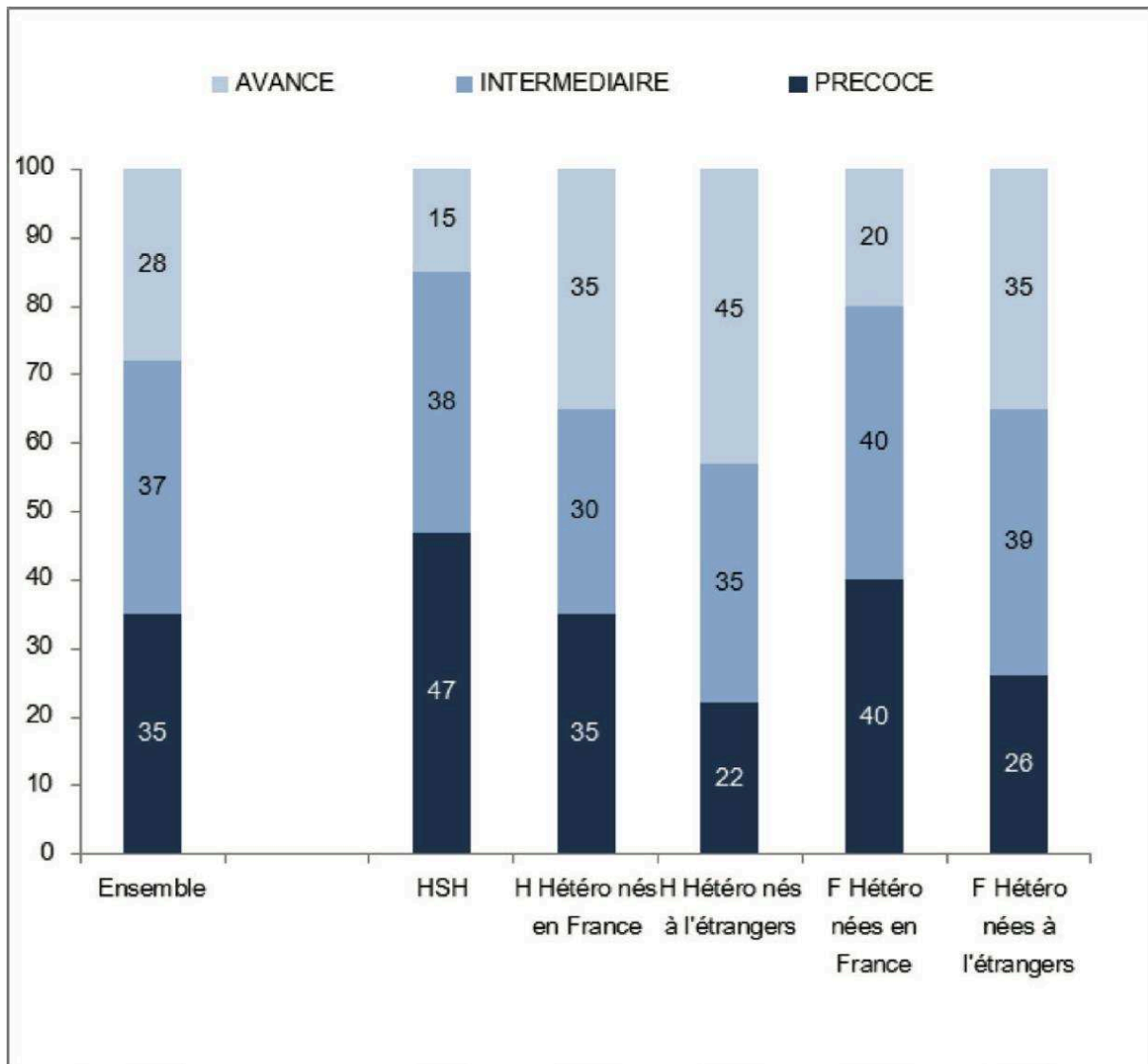
L’enquête ANRS-Vespa2 a permis de mieux connaître les conditions de vie des PVVIH originaires d’ASS (Lert, Annequin et al. 2013). Bien que ces dernières soient arrivées en France depuis 10 ans en médiane, elles déclaraient plus souvent des situations de précarité passées ou présentes que les autres PVVIH. La moitié d’entre eux ne disposaient que d’une carte de séjour temporaire à renouveler chaque année, 10% étaient sans papiers, les taux de chômage étaient élevés et quand elles travaillaient, elles étaient plus souvent employées ou ouvrières. La moitié d’entre elles déclaraient

des difficultés financières, le revenu moyen étant de 800 €/mois, un sur cinq ne disposait pas d'un logement personnel et 32% des femmes vivaient seules sans enfants.

L'enquête ANRS-Parcours dont il sera largement question dans cette thèse a conforté ces constats en apportant une vision biographique permettant de souligner les longues périodes de précarité et d'installation décrites plus haut et auxquelles les PVVIH sont également exposées (Gosselin, Desgrées du Lou et al. 2016). Ces difficultés d'installation s'expliquent principalement par le contexte socio-économique en France et non du fait des caractéristiques personnelles des immigrés. En particulier, le niveau d'éducation et de qualification et le motif de migration ne protège pas de cette période de précarité. L'enquête révèle aussi l'importance de l'immigration féminine récente et l'évolution de son profil qui est passé d'une migration principalement familiale, à une migration pour chercher du travail ou fuir une menace. Ces femmes arrivent souvent seules, sont isolées sur le territoire français et donc particulièrement vulnérables. Ces difficultés sociales qui s'ajoutent aux difficultés rencontrées dans les pays d'origine et au long du parcours migratoire, s'accompagnent souvent d'une souffrance psychique. Les niveaux de symptômes d'anxiété et de dépression observés dans l'enquête ANRS-Parcours apparaissent très élevés : 31% des femmes et 20% des hommes suivis pour une infection par le VIH sont concernés (Pannetier, Lert et al. 2017). Ils ne sont pas plus fréquents que parmi les immigrés non infectés par le VIH et semblent principalement déterminés par le fait d'avoir fui son pays en raison de violences, par les conditions sociales difficiles en France et par les violences subies ici ou là-bas. L'enquête Parcours a également révélé qu'entre un tiers et la moitié des immigrés subsahariens vivant avec le VIH s'étaient infectés en France et non dans leur pays d'origine (Desgrées du Lou, Pannetier et al. 2015, Desgrées-du-Lou, Pannetier et al. 2015). Ces résultats avaient déjà été suggérés par les données virologiques et sont confortés par des études réalisées dans d'autres pays comme la Grande Bretagne. Une analyse approfondie des comportements sexuels, révèle une vulnérabilité sexuelle importante et des comportements sexuels à risque durant les premières années après l'arrivée en France en lien avec des conditions sociales dégradées. Ces situations à risque semblent directement corrélées à la probabilité de s'infecter par le VIH après la migration (Desgrées-du-Lou, Pannetier et al. 2016). Ainsi, la précarité sociale et administrative vécue par les immigrés subsahariens en France les expose à des situations à risque sexuel, à une sexualité non choisie (relations sexuelles en échange

d'un toit, de nourriture ou d'un logement) et à des violences sexuelles les exposant, au-delà de l'impact sur leur santé mentale et leur qualité de vie, au risque de grossesse non désirée, d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et d'infection par le VIH. En ce qui concerne le diagnostic du VIH, il survient en médiane la 2<sup>ème</sup> année après l'arrivée en France pour les hommes et pour les femmes (Limousi, Lert et al. 2017). Il est le plus souvent réalisé dans le cadre d'un bilan de santé, à l'initiative d'un médecin en raison de symptômes ou dans le cadre d'une grossesse pour les femmes. Seuls 20% des hommes et 15% des femmes ont été diagnostiqués à l'occasion d'un test réalisé dans le cadre d'un dépistage volontaire et spontané.

Les hommes hétérosexuels nés à l'étranger (comme ceux nés en France), en particulier, et dans une moindre mesure les femmes originaires d'ASS étaient plus à risque de s'être présenté tardivement en soins (stade SIDA et/ou avec des  $CD4 < 200/mm^3$ ) (Lanoy, Mary-Krause et al. 2007, Sobrino-Vegas, Moreno et al. 2016, Supervie, Marty et al. 2016). Dans les données les plus récentes près d'un tiers des personnes originaires d'ASS découvraient leur séropositivité à un stade avancé (SPF 2016). On retrouve des chiffres un peu plus inquiétants en Ile de France en 2016 (Figure 5). Ceci semble principalement lié à un retard au diagnostic comme on peut le constater sur la cascade de prise en charge à la figure 6, impactant ainsi mécaniquement la proportion de personnes sous traitement et viro-contrôlées.



\* Diagnostic précoce ;  $cd4 \geq 500/mm^3$  ou PIV au diagnostic

\*\*Diagnostic intermédiaire ;  $500/mm^3 < cd4 < 200/mm^3$

\*\*\*Diagnostic avancé ;  $cd4 < 200/mm^3$  hors PIV ou Sida au diagnostic

Source : Santé publique France, données DO VIH au 30/06/2017 non corrigées

Figure 5 : Pourcentage de diagnostics de l'infection par le VIH à un stade avancé en Ile-de-France en 2016

Source : [(Silué, Mouchetrou Njoya et al. 2017)]



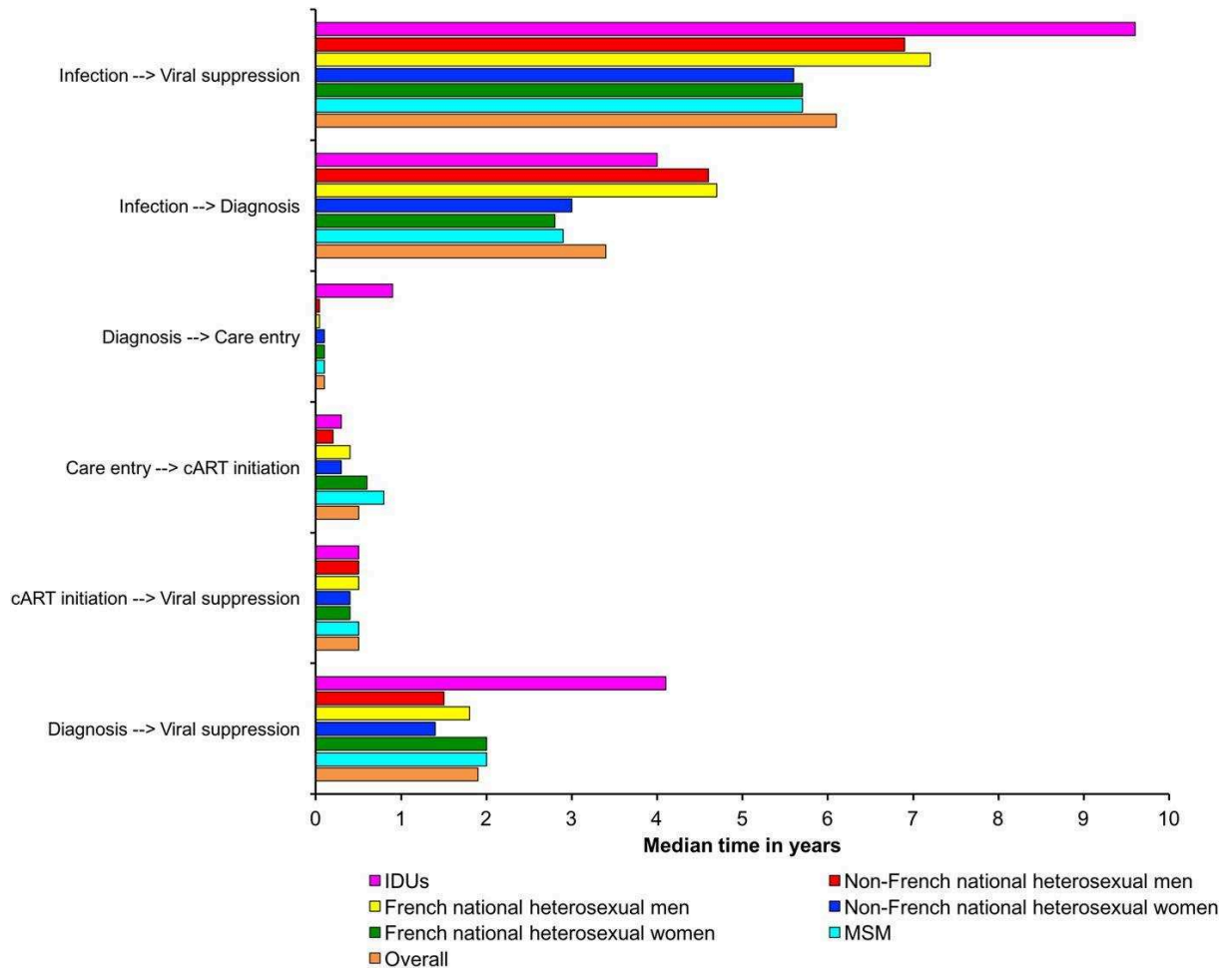
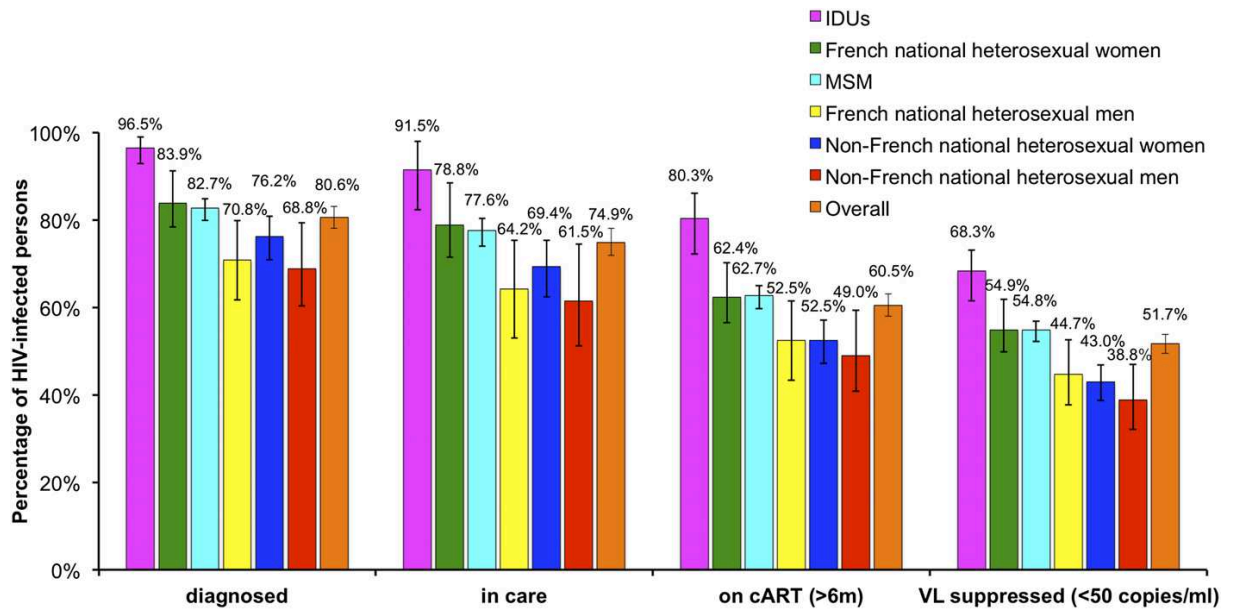


Figure 6 : Cascade de soins de l'infection par le VIH en France et durée estimée entre les différentes étapes de soins en 2008-2010 par populations clés

Source : [(Supervie, Marty et al. 2016)]

Dans les cohortes des pays à revenu élevé, les immigrés, les hommes et les PVVIH avec un niveau socio-économique bas semblaient plus exposés à un retard à l'entrée en soins après le diagnostic (Fakoya, Alvarez-Del Arco et al. 2018, Perelman, Rosado et al. 2018). Un tel retard avait également été observé dans l'enquête ANRS-Vespa 1 où 10% des hommes et 8% des femmes immigrés vivant avec le VIH avaient présenté un retard à l'entrée en soins de plus de 6 mois (Dray-Spira, Wilson d'Almeida et al. 2013). A l'inverse, dans les données de la cohorte française ANRS CO4-FHDH (French Hospital Database on HIV), l'entrée en soins était rapide pour les hétérosexuels étrangers vivant avec le VIH (Figure 6) (Supervie, Marty et al. 2016). De par ses particularités historiques, son poids politique et le fort maillage associatif y étant lié, l'infection par le VIH pourrait, par ailleurs, être une maladie chronique favorisant l'accès aux soins des migrants (Bouchaud and Cherabi 2006).

Les données sont discordantes sur ce qu'il se passe après l'entrée en soins mais certains travaux font état d'un retard à l'introduction des antirétroviraux pour les immigrés d'ASS. Dans l'enquête Vespa 2, les PVVIH issues de l'immigration recevaient moins souvent un traitement antirétroviral et avaient des CD4 plus bas et une charge virale moins souvent contrôlée sous traitement (Dray-Spira, Wilson d'Almeida et al. 2013). Dans un travail récent à partir des données de la cohorte ANRS CO4-FHDH, toutes choses égales par ailleurs, les hommes originaires d'ASS diagnostiqués à un stade relativement précoce (entre 350 et 500 CD4/mm<sup>3</sup>) avaient plus de risque d'avoir un retard à l'introduction du traitement antirétroviral (ARV) et l'ensemble des immigrés d'ASS présentaient un sur-risque de maladies infectieuses non classant SIDA et de tuberculose (de Monteynard, Dray-Spira et al. 2015). Aucune différence n'était en revanche observée entre les femmes originaires d'ASS et les autres femmes concernant le délai à l'introduction du traitement. Les immigrés étaient plus souvent traités par un traitement associant deux Inhibiteurs Nucléos(t)idique de la Transcriptase Inverse (INTI) et un Inhibiteur de Protéase (IP) et moins souvent une association avec un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI). Ils avaient aussi une probabilité plus faible de restauration des CD4 après initiation des traitement ARV sans différence observée sur leur contrôle virologique (de Monteynard, Matheron et al. 2016, Seng, Ghislain et al. 2017). Des rebonds virologiques ont, à l'inverse, plus souvent été observés chez les PVVIH originaires d'ASS n'ayant pas révélés leur statut comparativement à ceux l'ayant révélé à leurs proches (Dray-Spira, Spire et al. 2007).

Les données sont également discordantes sur la notion de perdu de vue dans le suivi des personnes mais certains travaux font état d'un risque plus important de perte de vue des PVVIH originaires d'ASS (Lanoy, Mary-Krause et al. 2007). Il faut cependant interpréter avec prudence ces résultats au vu de la mobilité des populations concernées pouvant être classées perdues de vue alors qu'elles sont suivies ailleurs ou sont retournées dans leur pays d'origine pour une période plus ou moins longue. Il a toutefois été démontré que le contexte de retour au pays favorisait les ruptures de suivi et de traitement, en particulier quand l'infection par le VIH n'était pas connue des proches (Sellier, Clevenbergh et al. 2006, Abgrall, Fugon et al. 2013, Abgrall, Fugon et al. 2014).

Dans un récent travail mené auprès d'immigrés vivant avec le VIH dans 9 pays européens (aMASE Study), l'accès aux soins après le diagnostic était bon (>83%) mais très dépendant du pays de résidence, et près de trois patients sur quatre sous traitement avaient une charge virale < 50 copies/mL (Fakoya, Alvarez-Del Arco et al. 2018). Des taux élevés de diagnostic à un stade tardif y étaient également observés chez les hommes et les femmes hétérosexuels (60,8% et 67,1% respectivement). Près d'un tiers des femmes ayant répondu à cette enquête ont rapporté des difficultés dans leur accès aux soins : de longs délais d'attente (33%), un manque de confiance en leur médecin en termes de confidentialité (22%) et des incertitudes quant à leur droit à accéder aux soins (20%). Parmi les hommes hétérosexuels, la barrière de la langue ressortait fréquemment (28%).

En final, le retard au diagnostic et dans une moindre mesure à l'entrée en soins, ainsi que le défaut de maintien en soins exposent les personnes concernées à un diagnostic tardif et donc à une morbi-mortalité significative (Montlahuc, Guiguet et al. 2013). L'absence de traitement de ces PVVIH a aussi pour conséquence de maintenir le risque de transmission du VIH (Skarbinski, Rosenberg et al. 2015). Il paraît donc important de mieux comprendre les déterminants qui pourraient exposer les PVVIH originaires d'ASS à ces retards ou ruptures.

#### **4. Problématique**

La migration est une rupture biographique souvent accompagnée de conditions de vie dégradées. La problématique de l'accès aux soins peut en être impactée, en

particulier dans la période après l'arrivée en France. Les facteurs sociaux semblent jouer un rôle central dans l'accès aux soins. Le contexte de découverte de l'infection par le VIH ou le VHB, maladies fortement stigmatisées dans les communautés originaires d'ASS, complique encore cet enjeu de santé publique. Il paraît donc utile de pouvoir étudier des indicateurs d'accès aux soins, de manière biographique afin de pouvoir tenir compte de la migration et du diagnostic, mais aussi des changements s'opérant dans le contexte social et administratif des individus. Un préalable à l'accès aux soins est l'accès à une couverture maladie. Il est donc intéressant de prendre en compte la dynamique de l'accès à la couverture maladie pour les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne et les éventuels freins qui y sont liés. Les barrières à l'accès aux soins méritent également une attention particulière afin d'en décrire la fréquence mais aussi les facteurs y étant associés. Une fois diagnostiqués porteur du VIH ou du VHB, la dynamique de l'entrée en soins et du maintien en soins pourrait être impactée par le contexte particulier de la migration et les difficultés rencontrées par les individus et méritent, ainsi, une attention particulière.

## **5. Objectif de la thèse**

L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence et d'éclairer les déterminants de l'accès aux soins des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en général et de ceux vivant avec une hépatite B chronique ou le VIH plus particulièrement.

Pour répondre à cet objectif, ce sont les données de l'enquête biographique ANRS-Parcours « Parcours de vie, VIH/sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France » (2012-2013) et du Baromètre Santé 2010 qui ont été mobilisées.

L'objectif peut être décliné en plusieurs objectifs spécifiques :

- Décrire l'accès à une première couverture maladie et en identifier les déterminants.
- Estimer la fréquence du renoncement aux soins, en décrire les raisons et les facteurs associés.
- Comparer la fréquence du renoncement aux soins avec la population majoritaire.

- Estimer la fréquence des refus de soins, en décrire les raisons et les facteurs associés.
- Évaluer le délai et les freins à l'entrée en soins des immigrés d'ASS vivant avec le VIH ou le VHB.
- Évaluer la fréquence des ruptures de soins des immigrés d'ASS vivant avec le VIH ou le VHB.
- Etudier le recours au droit ou séjour pour raison de santé des immigrés d'ASS

## **6. Structure de la thèse**

Dans le premier chapitre sont décrites les deux enquêtes sur lesquelles repose ce travail de thèse et la méthodologie générale. Le second chapitre s'intéresse à la dynamique d'accès à une première couverture maladie pour les immigrés d'Afrique subsaharienne, déterminant majeur de l'accès aux soins. Le troisième chapitre analyse les barrières à l'accès aux soins que sont les refus de soins expérimentés par les participants à l'enquête Parcours en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et de la couverture maladie, et le renoncement aux soins des immigrés en France, en comparaison à la population majoritaire à partir des données du Baromètre Santé 2010. Le quatrième et dernier chapitre analyse la dynamique d'entrée en soins des PVVIH originaires d'Afrique subsaharienne et les facteurs y étant associés. Un panorama global de l'accès et de l'entrée en soins des immigrés subsahariens vivant avec une hépatite B chronique est également présenté. Le recours au droit au séjour pour raison de santé est également abordé dans une approche comparative entre les groupes. Enfin, une conclusion tentera de résumer les principaux résultats de la thèse, leurs implications d'un point de vue de santé publique et les perspectives de recherches ultérieures.

# **METHODOLOGIE GENERALE**

Dans le cadre de la thèse plusieurs indicateurs de l'accès aux soins des immigrés d'Afrique subsaharienne vivant ou non avec le VIH ou une hépatite B chronique ont été étudiés à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours. Cette dernière ne permettant pas une comparaison avec la population majoritaire, une analyse du renoncement aux soins pour raison financière des immigrés et de la population majoritaire a été menée à partir des données du Baromètre santé 2010.

## **1. L'enquête ANRS-Parcours**

### **1.1. Une enquête biographique auprès des immigrés d'Afrique subsaharienne**

Les situations sociales des personnes originaires d'Afrique et vivant avec le VIH, qui constituent un quart des patients suivis pour le VIH en France, ont déjà été décrites (Dray Spira, Spire et al. 2013). Cependant ces travaux se sont intéressés aux conditions de vie et aux comportements des personnes au moment de l'enquête, mais ne permettaient pas de retracer les parcours, de repérer les situations clés qui peuvent déterminer des risques d'infection, l'accès au dépistage, l'accès aux traitements ou au contraire les ruptures de suivi des patients. Un nouveau type d'étude était nécessaire pour pouvoir prendre en compte l'ensemble des trajectoires de vie des personnes, en particulier pour replacer le processus migratoire par rapport à l'ensemble des autres événements qui peuvent influencer sur la prévention des risques et/ou la vie avec la maladie (ANRS 2002). A l'occasion d'une phase exploratoire, il parut nécessaire d'intégrer la question de l'hépatite B, infection très prévalente dans les communautés d'Afrique subsaharienne et sur laquelle peu de données sont disponibles en dehors des données de prévalence (Lot, Antoine et al. 2012).

L'enquête ANRS-Parcours (pour « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en Ile de France ») a été construite pour répondre à cet objectif ambitieux : comprendre comment les trajectoires de santé, sociales, migratoires et administratives s'entrecroisent et se construisent les unes par rapport aux autres ; en d'autres termes, comprendre comment le parcours de vie et de migration influe sur les comportements de prévention et de soins et comment, à l'inverse, la maladie (VIH ou

hépatite B) influe sur la trajectoire sociale et administrative des Africains vivant en France.

Pour appréhender les liens entre contexte d'origine, condition de vie en France et histoire personnelle de l'individu, il était nécessaire de pouvoir reconstituer des trajectoires de vie. A cette fin, il était possible d'utiliser une approche biographique. L'approche biographique est utilisée depuis les années 80 par les démographes et les sociologues afin d'étudier de manière précise des événements de vie de à partir d'une approche rétrospective (GRAB 1999, Bertaux and Singly 2016). L'approche biographique repose sur une collecte des histoires de vie au moyen de questionnaires standardisés et s'appuie sur une grille «âge-événement», outil qui permet de dater les événements clés de la vie de la personne, en aidant l'enquêté à se remémorer le moment de l'évènement. Elle permet ainsi de tenir compte des trajectoires individuelles mais aussi du contexte global dans lequel elles se construisent (évolution des droits sociaux, durcissement des politiques d'immigration, etc.). C'est l'approche qui a été utilisée dans l'enquête ANRS-Parcours.

## **1.2. Échantillonnage et recrutement**

L'enquête a été menée en Ile-de-France auprès d'un groupe de personnes suivies pour une infection par le VIH, recrutées dans des services hospitaliers de maladies infectieuses, d'un groupe de personnes suivies pour une hépatite B chronique, recrutées dans diverses structures de santé de prise en charge de l'hépatite B et d'un groupe de personnes n'ayant aucune de ces deux pathologies recrutées dans des centres de santé ou des structures de prise en charge des personnes en situation de précarité. Les choix de recrutement de ce dernier groupe visaient à assurer un mode de recrutement comparable aux deux autres groupes tout en permettant le recrutement des immigrés en situation irrégulière ou/et pas encore insérés dans le système de santé classique. Le contexte médical offre en effet en France, un cadre où la confidentialité est un principe déontologique majeur et dont l'accès aux soins est possible même en l'absence de titre de séjour, du fait des dispositifs comme l'AME.

Pour chaque groupe (personnes vivant avec le VIH, personnes vivant avec une hépatite B chronique, groupe de référence), les structures de soins concernées ont été recensées sur l'Ile-de-France, et la proportion d'Africains subsahariens parmi les

consultants y a été évaluée. Un tirage au sort des structures de santé a été effectué en fonction de la proportion d'immigrés subsahariens dans chaque structure. Dans chacun des services retenus, un tirage au sort des personnes à enquêter a été effectué, aboutissant donc à un échantillon aléatoire à deux degrés.

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. Dans ces services les médecins ont une grande habitude de la recherche interdisciplinaire et, depuis 30 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 : 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.

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 dans les hôpitaux universitaires qui constituent la plus grande partie de l'échantillon des hôpitaux, ce qui n'est pas le cas dans les centres de santé. Si on s'intéresse au taux d'acceptation par type de centres, il était de 0% dans les 7 centres mutualistes sollicités, de % dans les 2 centres privés à but lucratif, de 13% dans les 24 centres associatifs, de 31% dans les 67 centres municipaux et de 67% dans les 9 structures dédiées à la prise en charge de la précarité (PASS, Comede, CASO).



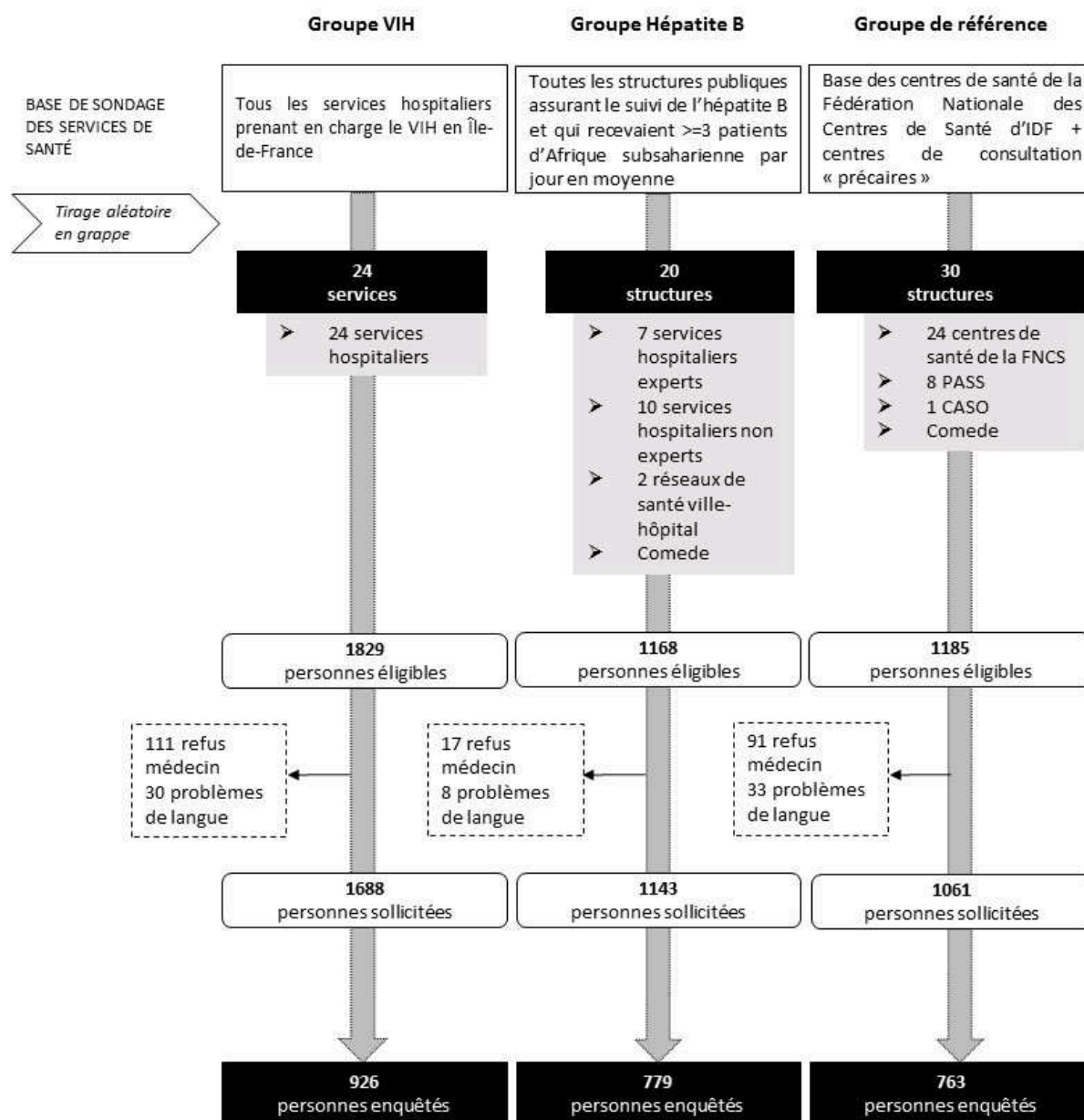
Tableau 1: Proportion d'acceptation des structures de santé sollicitées

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

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

Lecture : dans le groupe VIH, parmi les 27 services hospitaliers spécialisés, 89% (soit 24 centres) ont accepté de participer à l'enquête. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013 (Desgrées du Loü and Lert 2017).

Au final, l'enquête a été réalisée dans 24 services hospitaliers de prise en charge du VIH, 20 structures de suivi de l'hépatite B et 30 structures de soins en médecine générale (20 centres de santé de la Fédération nationale des Centres de Santé, et 10 centres pour l'accès aux soins et aux droits des populations précaires) (Figure 7).



*Note :* pour plus de détails sur la collecte et la participation à l'enquête, voir le protocole d'enquête en ligne <http://ceped.org/parcours/protocole-fr.pdf>. « Refus médecin »: le médecin pouvait décider de ne pas proposer l'enquête au patient éligible s'il estimait que son état de santé ne lui permettait pas de participer. « Problème de langue »: malgré les procédures mises en place, l'entretien n'a pas pu se dérouler dans la langue parlée par l'enquêté-e. **Légende :** COMEDE : centre de santé du Comité pour la santé des exilés. PASS : permanences d'accès aux soins de santé à l'hôpital. CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde. **Source :** Enquête ANRS-Parcours 2012-2013

Figure 7 : Construction des échantillons de l'enquête Parcours

Source : [(Desgrées du Loü and Lert 2017)]

Pendant la période d'enquête, tous les consultants de ces structures, nés en ASS et de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne à la naissance, âgés de 18 à 59 ans étaient éligibles lorsqu'ils avaient été diagnostiqués depuis au moins trois mois porteurs du VIH (pour le groupe VIH) ou d'une hépatite B chronique (pour le groupe hépatite B) et lorsqu'ils étaient indemnes de ces deux pathologies pour le groupe de référence sur la base du statut déclaratif des individus.

Finalement, 926 immigrés subsahariens vivant avec le VIH, 779 porteurs d'une hépatite B, et 763 n'ayant aucune de ces deux pathologies (groupe de référence) ont répondu à l'enquête (Figure 7). Afin de prendre en compte la probabilité de chaque individu de participer à l'enquête, une pondération a été appliquée.

Le fait que cette enquête ait été largement appuyée par le réseau d'associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida (RAAC-Sida) a été déterminant. Ces associations ont été étroitement associées à la préparation de l'enquête, en particulier dans les phases d'élaboration du questionnaire, de formation des enquêteurs, de test du questionnaire. Cette collaboration a permis d'anticiper et d'éviter d'éventuelles réactions de rejet en introduisant de façon adéquate le questionnaire, et de sensibiliser la population concernée par divers outils de communication : affiches dans les centres de santé, dépliants sur l'enquête, etc... Après l'enquête, ces associations ont aussi joué un rôle dans la diffusion des résultats de la recherche à la population concernée.

La figure 8 présente le taux de participation à l'enquête des personnes, qui varie de 51 % à 64 % selon les groupes. L'absence de participation pouvait être due soit 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, soit au refus du patient lui-même. Le taux de participation est concordant avec celui d'autres enquêtes similaires (Dray Spira, Spire et al. 2013): plus d'une personne sollicitée sur deux a accepté de rester une heure de plus pour mener l'entretien, ou est revenue pour participer à l'enquête. Des rendez-vous étaient en effet proposés aux personnes qui n'étaient pas immédiatement disponibles. 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 les centres de santé de médecine générale, 41% des entretiens ont été rendus possibles grâce à cette proposition de rendez-vous, sans laquelle nous n'aurions jamais pu atteindre l'objectif de recrutement.

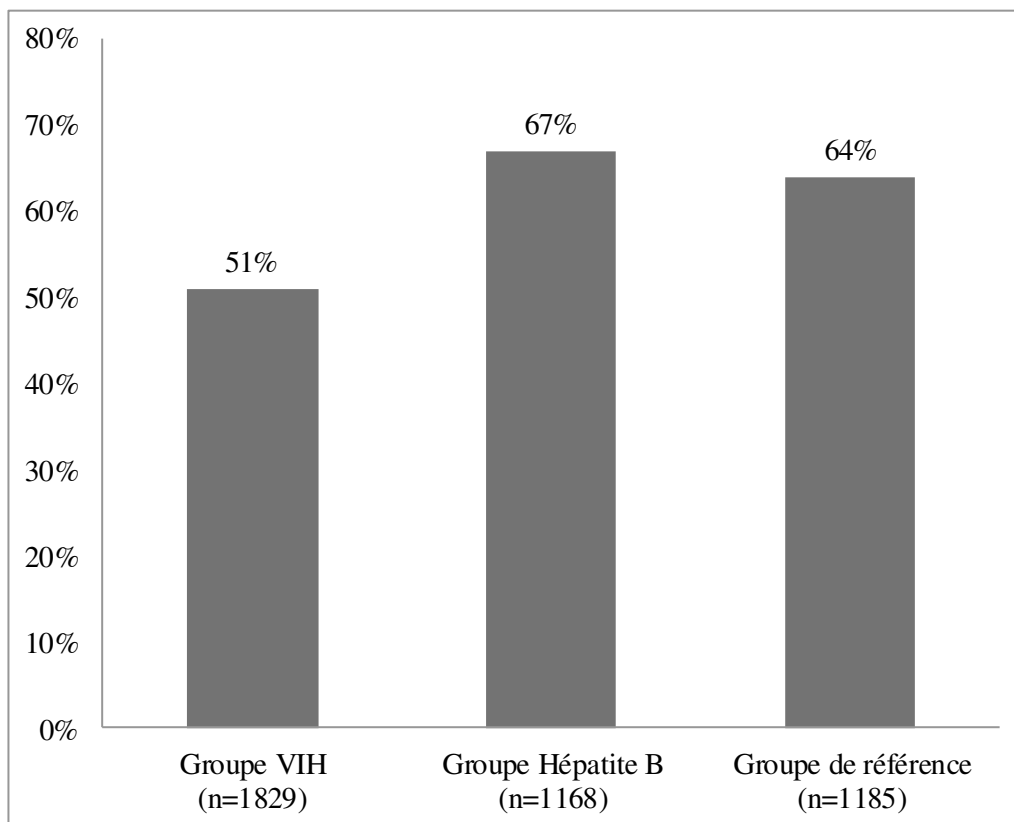


Figure 8 : Taux de participation à l'enquête selon le groupe de population

Source : [(Desgrées du Loü and Lert 2017)]

Lecture : dans le groupe VIH, parmi les 1829 personnes éligibles, 51% ont participé à l'enquête

Afin de ne pas exclure du recrutement les personnes ne parlant pas ou parlant mal le français, deux procédures avaient été mises en place. Tout d'abord, une traduction en anglais du questionnaire, qui pouvait être proposé par les enquêteurs à l'aise avec cette langue. La passation en anglais a concerné, dans les centres où elle était disponible, moins d'une personne éligible sur 200 (14/3209 des éligibles et 14/1880 des enquêtés). D'autre part, dans 12 services considérés comme les plus concernés par les problèmes de langue (les PASS, le centre de soins du Comede, le CASO, certains services qui le demandaient), un rendez-vous avec un interprète était proposé aux patients si cela s'avérait nécessaire. 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. Cette possibilité, qui impliquait que l'enquêté prenne rendez-vous et revienne dans le service pour l'entretien avec interprète, n'a finalement été véritablement utilisée, lorsqu'elle était nécessaire, que dans un cas sur cinq. Elle a ainsi

concerné 0,95% (9/944) des personnes éligibles dans les 12 centres où elle était disponible. Dans les autres cas, soit la personne ne souhaitait pas revenir, soit elle n'honorait pas le rendez-vous. Cette procédure de mise à disposition d'interprétariat en face à face pour une enquête s'est donc avérée peu efficace, malgré un coût élevé.

Finalement, le nombre de personnes qui n'ont pas participé à l'enquête pour maîtrise insuffisante de la langue française a été de 71 sur 4182 éligibles soit environ 2 %. Ce chiffre est peu élevé, en grande partie dû au fait que les personnes venues d'Afrique subsaharienne et vivant en France sont francophones dans leur grande majorité.

La structure par âge et sexe de l'échantillon du groupe VIH correspond aux données existantes par ailleurs (Dray Spira, Spire et al. 2013). Pour le groupe hépatite B, il n'existe pas d'éléments de comparaison, étant donné la rareté des études épidémiologiques sur cette maladie (Lot, Antoine et al. 2012). Les différences entre le groupe de référence de l'enquête 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).

### **1.3. Le recueil des données**

Les médecins exerçant dans ces structures proposaient aux personnes éligibles pour l'enquête de participer à l'étude lors de leur consultation et recueillaient le cas échéant leur consentement écrit. À l'issue de la consultation, ils orientaient les patients acceptant de participer à l'étude 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. L'entretien durait en moyenne 55 minutes.

Un questionnaire médical était rempli par le médecin, à partir du dossier médical du patient. Pour les groupes VIH et hépatite B il portait sur les repères chronologiques et les paramètres clés de la maladie et de son traitement. Pour le groupe recruté en médecine générale (que nous appellerons par la suite groupe de référence), il renseignait

le motif de consultation et les pathologies dont pouvait souffrir le patient au moment de l'enquête, ainsi que les traitements en cours et sa situation vis-à-vis des dépistages du VIH et des hépatites B et C.

Étant donné le caractère sensible de certaines données recueillies (maladie, détails de la vie intime et relationnelle, éventuellement séjour irrégulier), une procédure a été mise en place pour préserver l'anonymat. Un numéro d'identifiant était remis par le médecin à la personne enquêtée, qui était la seule information reportée sur les différents documents de la collecte (questionnaire et grille biographique, questionnaire médical). L'enquêteur ne connaissait pas l'identité du patient. Aucune donnée nominative n'était collectée directement ou indirectement et aucune information ne permettait de remonter à leur identité. Le type de données recueillies et la procédure d'anonymisation ont été validés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Pour organiser l'enquête au sein des structures de soins, l'équipe scientifique s'est appuyée sur une société de recherche clinique, Clinsearch, et sur le service des grandes enquêtes de l'institut de sondage IPSOS, dont les enquêteurs ont reçu une formation spécifique par l'équipe de recherche pour l'utilisation du questionnaire biographique.

Le questionnaire Parcours permettait à la personne enquêtée de retracer les grandes étapes de sa vie dans plusieurs domaines (histoire migratoire, logement, ressources, vie professionnelle, vie affective, vie familiale et sexuelle, arrivée et séjour en France, réseaux d'entraide, santé) en s'appuyant sur une grille biographique pour dater les étapes clés dans ces différents champs (cf. extrait en figure 9).

ANNÉES	AGES	1 - HISTORIQUE RESIDENTIEL					
		Logement en France					
		1.1 PAYS	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	Hébergé par des associations ou institutions	Hébergé chez des amis ou familles excessifs	Il vous est arrivé de dormir dans un squat	Il vous est arrivé de dormir dans la rue	
2012	35						
2011	34						
2010	33			1			
2009	32			INSTABRESID			X
2008	31	FRANCE	93	2			
2007	30						
2006	29						
2005	28						
2004	27						
2003	26						
2002	25						
2001	24						
2000	23						
1999	22						
1998	21						
1997	20						
1996	19						
1995	18						
1994	17						
1993	16						
1992	15						
1991	14						
1990	13						
1989	12						
1988	11						
1987	10						
1986	9						
1985	8						
1984	7						
1983	6						
1982	5						
1981	4						
1980	3						
1979	2						
1978	1						
1977	0	BENIN					



Figure 9 : Questionnaire biographique ANRS-Parcours : Extraits de la fiche AGEVEN (historique résidentiel)

Source : [(Desgrées du Loué and Lert 2017)]

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.

Pour cela, la personne interrogée pouvait se référer à une année précise (1<sup>re</sup> colonne), à son âge (2<sup>e</sup> colonne), ou bien à d'autres événements de sa vie, dont elle connaissait bien la date : par exemple, l'année d'arrivée en France, ou l'année de naissance des enfants, qui sont des dates dont on se souvient. Le questionnaire biographique a ainsi permis de collecter des informations à la fois sur ce qui s'était passé avant et depuis l'arrivée en France et depuis l'arrivée, avec un niveau de détail un peu plus fin à partir de l'arrivée en France pour les types de logement et d'activité professionnelle. Il a permis de dater les événements (avec une précision à l'année) et en particulier de les ordonner dans le temps, les uns par rapport aux autres. Le questionnaire complet et les données sont disponibles sur le site : <http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-1195>

#### **1.4. Caractéristiques de la population d'étude**

Quelques éléments de cadrage sur les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie des participants sont présentés ci-dessous. La répartition par sexe diffère sensiblement entre les trois groupes (Tableau 2), car les épidémies VIH et hépatite B ne touchent pas de la même façon hommes et femmes. Dans le groupe de référence, les femmes représentent 57% de l'échantillon, ce qui correspond à la répartition par sexe dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne d'après d'autres enquêtes : dans l'enquête Trajectoires et Origines, en 2008, les femmes représentaient 57% des immigrants de la région du golfe de Guinée et d'Afrique centrale, et 50% des immigrants originaires d'Afrique sahélienne (Beauchemin, Hamel et al. 2015), avec un flux migratoire en provenance de ces régions de plus en plus féminin (60% de femmes dans les années 2000). Les femmes sont largement majoritaires dans le groupe VIH, où elles constituent 62% des enquêtés, notamment car l'épidémie de VIH touche plus les femmes que les hommes en Afrique, du fait d'une plus grande vulnérabilité sociale face à cette infection sexuellement transmissible. Ce résultat est cohérent avec ce que l'on connaît de la répartition par sexe chez les personnes suivies pour le VIH en France, où les femmes représentaient 67% des Africains ayant été diagnostiqués VIH entre 2003 et 2010 (Dray Spira, Spire et al. 2013). Dans le groupe avec hépatite B chronique, à l'inverse, ce sont les hommes qui sont largement majoritaires, car c'est une maladie qui touche beaucoup plus les hommes que les femmes (Meffre, Le Strat et al. 2007). Ils constituent ici 72% de l'échantillon.



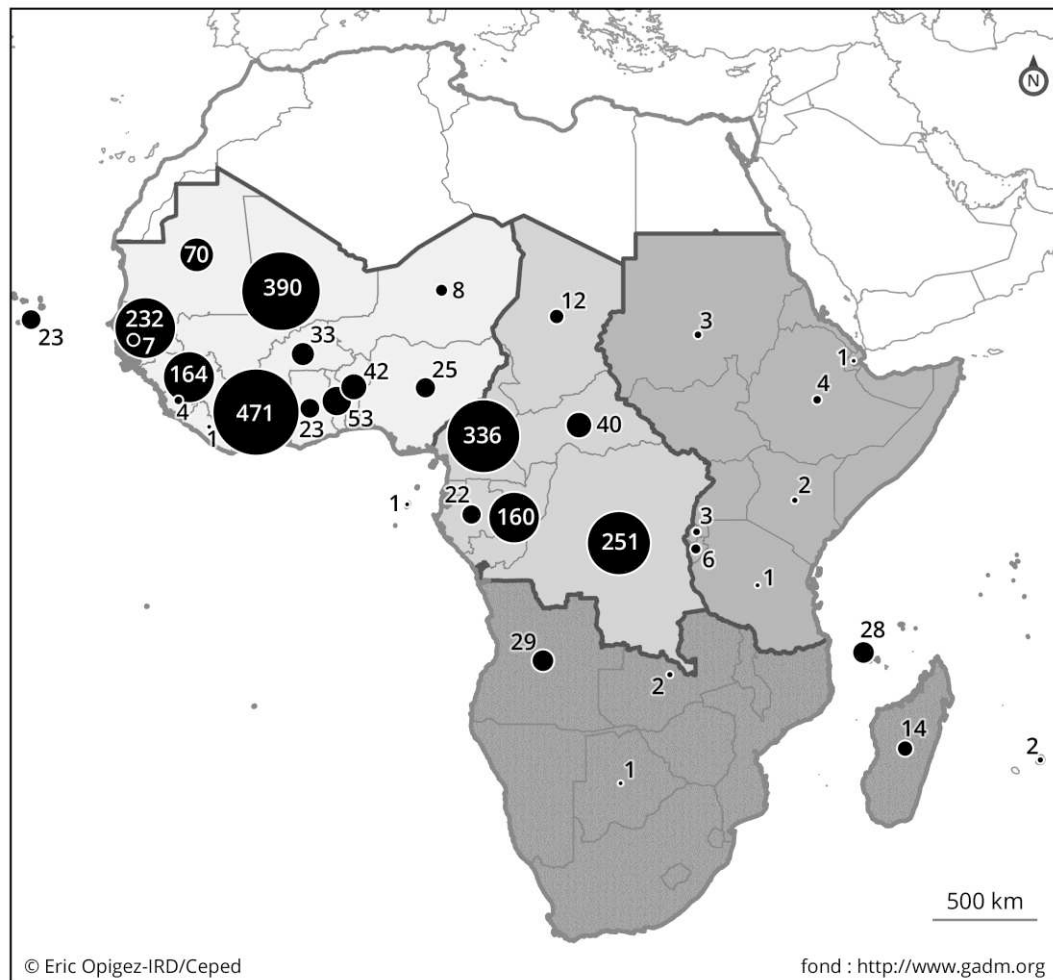
Tableau 2: Description de la population au moment de l'enquête

	Groupe VIH (N=353)		Hommes Groupe Hépatite B (N=559)		Groupe de référence (N=356)		Groupe VIH (N=573)		Femmes Groupe Hépatite B (N=220)		Groupe de référence (N=407)	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Âge à l'enquête</b>												
18-34 ans	12%	42	32%	189	32%	119	22%	130	38%	89	34%	150
35-44 ans	31%	116	38%	211	28%	105	47%	269	42%	89	25%	115
45-59 ans	56%	195	30%	159	40%	132	30%	174	20%	42	41%	142
<b>Niveau d'instruction à l'enquête</b>												
Aucun/primaire	20%	80	32%	178	25%	93	19%	111	21%	44	20%	82
Secondaire	47%	162	39%	216	47%	161	60%	346	58%	128	54%	225
Supérieur	32%	111	29%	165	28%	102	21%	116	21%	48	26%	100
<b>Région de naissance</b>												
Afrique de l'Ouest	57%	201	79%	445	65%	236	50%	293	73%	154	53%	217
Afrique Centrale	41%	143	19%	105	31%	104	47%	267	25%	60	42%	172
Afrique de l'Est et Australe	2%	8	2%	9	4%	16	3%	12	2%	4	5%	18
<b>Religion</b>												
Chrétien	54%	192	29%	161	42%	140	74%	409	43%	98	62%	253
Musulman	38%	130	68%	379	52%	199	24%	151	55%	117	36%	142
Autres	8%	31	3%	19	6%	17	2%	13	2%	5	2%	12
<b>Situation administrative à l'enquête</b>												
Pas de titre de séjour	10%	39	26%	147	21%	111	7%	48	22%	44	14%	86
Autorisation provisoire de séjour	13%	37	13%	79	12%	43	11%	62	11%	25	7%	35
Titre de séjour temporaire	32%	115	24%	128	15%	49	32%	194	22%	45	17%	75
Carte de résident	30%	108	21%	121	31%	93	32%	162	19%	43	33%	111
Nationalité française	15%	53	16%	84	21%	59	19%	104	26%	60	29%	100
<b>Situation professionnelle</b>												
Emploi à qualification faible	38%	135	36%	195	31%	96	40%	245	29%	66	35%	116
Emploi à qualification intermédiaire	8%	27	9%	47	8%	28	8%	44	8%	17	11%	39
Emploi à qualification élevée	20%	63	17%	88	17%	52	8%	51	9%	20	12%	47
« Petits boulots »	6%	27	14%	78	10%	46	3%	18	5%	9	3%	18
Inactifs	26%	93	22%	129	28%	113	35%	187	38%	83	34%	163
Etudiants	2%	6	4%	22	7%	21	7%	27	11%	23	6%	23
<b>Âge à l'arrivée en France [IQR]</b>												
	30 [25-37]		27 [23-33]		26 [22-32]		28 [23-34]		26 [23-32]		26 [20-31]	
<b>Séjour en France [IQR]</b>												
	13 [8-24]		12 [6-17]		12 [4-24]		12 [7-17]		10 [4-16]		13 [6-25]	
<b>Période d'arrivée</b>												
avant 1996	37%	127	24%	126	33%	96	24%	140	22%	51	37%	121
1996-2004	36%	126	37%	209	27%	98	46%	254	31%	70	30%	116
2005-2013	27%	100	39%	224	40%	162	30%	179	47%	99	33%	170
<b>Statut conjugal à l'arrivée</b>												
Célibataire	56%	198	65%	373	61%	212	55%	308	55%	118	46%	199
En couple en France	30%	97	16%	87	24%	86	37%	226	41%	91	48%	178
En couple à l'étranger	14%	55	18%	99	15%	57	7%	36	4%	8	6%	30
<b>Raisons de la migration</b>												
« Tenter sa chance »/trouver du travail	43%	169	48%	267	39%	156	35%	204	25%	53	20%	101
Raisons familiales	15%	47	12%	66	15%	49	39%	212	47%	109	46%	165
Menacé.e dans son pays	18%	55	18%	101	24%	76	10%	60	14%	30	17%	79
Etudes	15%	52	16%	90	20%	61	8%	43	7%	14	13%	43
Raisons de santé	9%	27	6%	35	2%	12	8%	52	7%	13	4%	18
<b>Diagnostic après la migration</b>												
	90%	313	94%	520			90%	503	93%	203		

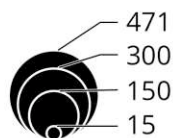
Champ : ensemble des répondants. Lecture : parmi les hommes du groupe VIH, 90 % ont été diagnostiqué après la migration. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

La Figure 10 récapitule la répartition des individus enquêtés selon leur pays de naissance : l'Afrique subsaharienne est représentée dans son ensemble, avec une plus

forte représentation des pays qui ont été des colonies françaises, à l’image des flux migratoires de l’Afrique vers la France au moment de l’enquête. Les pays les plus représentés sont la Côte d’Ivoire, le Mali, le Cameroun, la République Démocratique du Congo, le Sénégal, la Guinée Conakry et le Congo Brazzaville. Cette distribution varie entre les groupes en lien avec les prévalences du VIH et du VHB.



**Nombres d'enquêtés par pays d'origine**



- |   |                    |   |                  |
|---|--------------------|---|------------------|
|  | Afrique de l'Ouest |  | Afrique de l'Est |
|  | Afrique centrale   |  | Afrique australe |

Figure 10 : Répartition des individus enquêtés selon leurs pays d'origine

Pour les hommes comme pour les femmes, et dans les trois groupes enquêtés, la population enquêtée est diversifiée en âge et en niveau d'études (tableau 2). Dans le

groupe de référence, une personne sur trois a moins de 35 ans, 40% a plus de 45 ans. L'âge moyen est de 41 ans, comme cela avait été observé dans l'enquête TeO pour les Africains subsahariens. Dans le groupe suivi pour le VIH, les personnes sont plus âgées que dans le groupe de référence. Les jeunes y sont moins représentés, en lien avec le vieillissement des PVVIH, mais peut-être aussi parce que les jeunes ont eu moins de temps pour être (infectés et) diagnostiqués.

Dans les trois groupes, la proportion de personnes ayant été scolarisées au moins jusqu'au niveau secondaire est élevée (environ trois personnes sur quatre) et plus d'une personne sur quatre a fait des études supérieures, chez les hommes comme chez les femmes. Contrairement à certaines idées reçues, une part importante de la population venue d'Afrique subsaharienne est en effet très diplômée : dans le recensement de 1999, la part des subsahariens diplômés du supérieur (27%) était de six points supérieure à celle de l'ensemble des immigrés, et même de trois points supérieure à celle des non immigrés (Insee 2012). Parallèlement, la part des personnes qui n'ont pas été scolarisées ou l'ont été seulement jusqu'au primaire est élevée aussi (une femme sur cinq et un homme sur quatre dans le groupe de référence). La catégorie des immigrés d'Afrique subsaharienne recouvre donc une grande hétérogénéité de situations individuelles et sociales, comme l'a décrit l'enquête TeO sur la diversité des populations en France, qui distingue une immigration venue d'Afrique Sahélienne, plutôt composée de personnes peu instruites, venues pour du travail non qualifié, et une immigration d'Afrique Centrale et du golfe de Guinée, avec des personnes issues de familles aisées, et venues pour poursuivre des études en France ou fuir des guerres civiles (Beauchemin, Hamel et al. 2015). Cette hétérogénéité se retrouve dans les situations professionnelles. Cependant, comparativement à la proportion élevée de personnes ayant fait des études supérieures, la part de celles ou ceux qui occupent des emplois hautement qualifiés est faible : 12 % des femmes et 17 % des hommes.

Les situations par rapport au titre de séjour sont elles aussi très contrastées, avec, dans le groupe de référence, 21% des hommes et 29% des femmes ayant acquis la nationalité française, mais aussi 21% des hommes et 14% des femmes qui se déclarent sans titre de séjour au moment de l'enquête (tableau 2). Ces chiffres sont élevés par rapport aux estimations chez les immigrés en situation irrégulière qui ont pu être faites dans de précédents travaux et qui ne dépassent pas 11% (Lessault and Beauchemin

2009). Il est donc probable que nous ayons eu une probabilité plus importante de rencontrer des personnes en situation irrégulière dans les centres de santé où nous avons enquêté, d'une part, car ces centres de santé sont accessibles aux personnes en situation irrégulière, qu'elles aient ou non établi leur droit à l'Aide Médicale d'État, et d'autre part parce que ces centres constituent un espace protecteur du fait du secret médical qui garantit la confidentialité. La proportion de personnes sans titre de séjour reste élevée dans le groupe de personnes vivant avec une hépatite B chronique, et elle l'est moins dans le groupe de personnes vivant avec le VIH (7 % des femmes et 10 % des hommes), ce qui est cohérent avec le fait que l'infection par le VIH ouvre encore quasi systématiquement le droit au titre de séjour pour soins, là où l'accès est limité pour l'hépatite B.

L'âge médian d'arrivée en France est de 26 ans dans le groupe de référence, et un peu plus élevé dans le groupe vivant avec le VIH. Environ la moitié des personnes sont arrivées en France entre 20 et 32 ans. La durée médiane du séjour en France, au moment de l'enquête, est de 12 ans, ce qui signifie qu'environ la moitié des personnes sont arrivées après l'année 2000. Un quart seulement vit en France depuis plus de 20 ans, ce qui est tout à fait similaire à ce que l'on observait dans l'enquête TeO et qui reflète une immigration d'Afrique subsaharienne relativement récente (Beauchemin, Hamel et al. 2015).

Les raisons déclarées de la migration sont différentes entre hommes et femmes : dans le groupe de référence, les hommes déclarent deux fois plus souvent que les femmes (39% vs 20%) être venus en France pour trouver du travail. À l'inverse les femmes déclarent trois fois plus souvent que les hommes (46% vs 15%) être venues pour raisons familiales (rejoindre leur conjoint pour 29% des femmes, un autre membre de la famille pour 17%). Notons qu'il s'agit ici des raisons déclarées à l'enquêteur, qui n'ont aucun caractère officiel ou administratif lié à des demandes de titres de séjour. Ces circonstances de la migration induisent des situations conjugales à l'arrivée différentes entre les sexes : les hommes arrivent plus souvent célibataires que les femmes. Parmi ceux qui sont en couple, un homme sur trois est en couple dit « transnational », sa conjointe étant restée dans le pays d'origine. Chez les femmes c'est une situation beaucoup plus rare. Les femmes migrent aussi seules, de façon « autonome » : avec près d'une femme sur deux qui arrive célibataire en France.

Comme l'ont montré les enquêtes précédentes sur la migration en France, les situations migratoires des femmes se diversifient, et les femmes arrivent de plus en plus souvent seules en France (Beauchemin, Hamel et al. 2015). En tout, 13% des femmes et 20% des hommes du groupe de référence, sont venus pour poursuivre des études en France ce qui correspond aux observations des enquêtes précédentes. Les Africains subsahariens sont en effet deux fois plus nombreux à venir en France pour faire des études que les autres groupes d'immigrés (Beauchemin, Hamel et al. 2015). Enfin, 17 % des femmes et 24 % des hommes ont déclaré être arrivés en France pour fuir un pays dans lequel ils étaient menacés. En revanche, bien que l'enquête ait été réalisée dans des structures de santé, seule une très faible minorité (4% des femmes et 2% des hommes dans le groupe de référence) est venue en France pour raisons de santé. Même dans les groupes touchés par le VIH ou par l'hépatite B, cette proportion reste faible, inférieure à 10%. Le diagnostic VIH ou hépatite B a d'ailleurs été posé après l'arrivée en France, dans 90% des cas ou plus (Limousi, Lert et al. 2017, Pannetier, Gigonzac et al. 2017).

Malgré la diversité des raisons de la migration et des profils socio-professionnels, les expériences de précarité apparaissent fréquentes. Elles ont touché, à un moment ou à un autre, une grande partie de la population que nous avons enquêtée, comme on le voit sur le tableau 3 : près d'une personne sur deux dit avoir connu une année sans titre de séjour, une sur trois une année sans logement stable, une sur dix une année sans ressources financières. Ces expériences de précarité sont toujours un peu plus fréquentes chez les hommes, mais elles touchent les deux sexes dans des ordres de grandeur similaires.

Un homme sur dix, avec des chiffres très similaires selon les trois groupes d'enquête, dit avoir dû déjà dormir dans la rue (tableau 3). C'est moins fréquent chez les femmes, mais cela a touché tout de même une femme sur vingt, ce qui est un chiffre très élevé, connaissant les violences auxquelles peuvent être exposées les femmes dans la rue (Lanzarini 2003).

Tableau 3: Expériences de précarité au cours du séjour en France

	Groupe VIH		Hommes Groupe Hépatite B		Groupe de référence		Groupe VIH		Femmes Groupe Hépatite B		Groupe de référence	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Avoir vécu au moins une année sans logement stable</b>	37 %	139	29 %	162	34 %	128	33 %	217	28 %	58	22 %	114
<b>Avoir vécu au moins une année sans titre de séjour</b>	61 %	200	69 %	384	50 %	203	51 %	314	55 %	113	43 %	192
<b>Avoir vécu au moins une année sans ressources</b>	15 %	47	9 %	50	11 %	51	12 %	65	11 %	17	7 %	46
<b>Avoir déjà dû dormir dans la rue</b>	10 %	40	9 %	53	14 %	53	7 %	41	4 %	9	5 %	28

Champ : Ensemble des répondants. Lecture : Parmi les hommes du groupe VIH, 10 % ont déjà dû dormir dans la rue au cours de leur séjour en France. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

## 1.5. Analyses

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 12.0.

### 1.5.1. Pondération.

Afin de tenir compte des biais de recrutement lié au plan de sondage, les données descriptives et analytiques ont été pondérées selon la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'enquête.

### 1.5.2. Analyses descriptives

Les analyses réalisées seront détaillées dans chaque chapitre. En résumé, seront décrit :

- La couverture maladie<sup>5</sup> (CM)
  - Délai à l'obtention d'une première CM
  - Délai avant la perte d'une CM
  - Type de CM de base et complémentaire au moment de l'enquête
- Le renoncement aux soins et ses raisons
- Le refus de soins et ses raisons
- Le délai/retard à l'entrée en soins (groupes VIH, VHB)

<sup>5</sup> Le type de couverture maladie de base et complémentaire n'était précisé qu'au moment de l'enquête et pas dans la grille biographique

- Le maintien en soins (groupes VIH, VHB)

Chaque indicateur a été décrit en termes de fréquence et de médiane dans chaque groupe. Les variables dépendantes du temps recueillies à partir de la grille biographique ont été décrites à l'aide de courbes de Kaplan Meier. Les résultats ont été discutés au regard des données de la littérature.

Les pourcentages ont été comparé avec un test de Chi 2. Les médianes ont été comparées avec un test non paramétrique de comparaison des médianes<sup>6</sup>

### 1.5.3. Modèles de régressions

Une approche analytique a permis de mettre en évidence les déterminants :

- De l'accès et de la perte d'une couverture maladie
- Du renoncement aux soins
- Du refus de soins
- Du retard à l'entrée en soins
- Des ruptures de soins

Les variables qualitatives renseignées au moment de l'enquête ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique. Les variables qualitatives recueillies années après années ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique à temps discret tenant compte du temps. Ces données n'étaient pas éligibles à une analyse par un modèle de Cox car l'hypothèse de proportionnalité des risques n'était pas vérifiée. En effet, le modèle de Cox peut être vu comme un contrôle par la régression de l'effet des variables explicatives dans l'analyse de survie. L'effet des variables étudiées est alors proportionnel à la probabilité annuelle de connaître l'évènement. Pour l'utiliser le rapport des risques doit être constant au cours du temps. Or, nos données ne respectent pas l'hypothèse de proportionnalité des risques. Lorsque les évènements interviennent bien de manière continue mais que beaucoup de personnes présentent

---

<sup>6</sup> Commande Stata : median (k-sample equality-of-medians test). Ce test effectue un test non paramétrique d'égalité des médianes. Il teste l'hypothèse nulle que les échantillons ont été construits à partir de populations avec la même médiane. Ce test produit une information proche de celle du test non paramétrique de rang de Wilcoxon (aussi appelé test de Mann-Whitney, commande Stata : ranksum) qui permet de comparer deux échantillons sur la base de la somme des rangs attendus. Il [peut arriver](#) avec ce dernier, bien que ce soit une situation rare, que le test soit significatif alors que les médianes sont égales.

l'événement durant un intervalle, il y a un intérêt à utiliser un modèle à temps discret (Allison 1982, Courgeau and Lelièvre 1989, Le Goff and Forney 2013). La durée de temps écoulé depuis l'arrivée en France des participants fait défaut dans un modèle de type logistique classique. Nous avons donc utilisé un modèle en temps discret qui réalise cette régression chaque année. Pour contrôler au mieux le biais de sélection que représente la durée depuis l'arrivée en France, ce modèle a été ajusté sur la durée depuis l'arrivée en France.

La probabilité de présenter l'évènement à un temps (intervalle) donné sachant qu'on ne l'a pas présenté auparavant (risque en temps discret) est modélisée :  $P(t_i) = P(T = t_i | T \geq t_i)$

Modèle logit à temps discret : 
$$P(t, x_i) = \frac{1}{1 + \exp[-(\alpha_i + \beta x_i)]} \quad \text{ou} \quad \log \left[ \frac{P(t, x_i)}{1 - P(t, x_i)} \right] = \alpha_i + \beta x_i$$

Les covariables d'intérêt ont été sélectionnées sur la base de la littérature scientifique et des hypothèses sous-jacentes à ce travail de thèse. Toutes les variables avec un degré de significativité <0,20 en univarié ont été incluses dans les analyses, ainsi que les variables pour lesquelles un ajustement nous a paru nécessaire pour garantir l'interprétation des associations observées.

#### **1.5.4. Populations d'études et données manquantes**

Les analyses portaient soit sur l'ensemble des effectifs, soit sur des sous échantillons d'intérêt selon les questions posées (Ex : exclusion des mineurs pour l'analyse sur la couverture maladie). En fonction des résultats descriptifs et des interactions observées, les analyses ont été menées soit séparément chez les hommes et les femmes, soit séparément dans chaque groupe, soit sur l'ensemble de l'échantillon. Ces choix sont détaillés dans chacun des 4 chapitres ci-dessous.

Les données manquantes, peu nombreuses, ont fait l'objet d'une exclusion des participants des modèles d'analyse et n'ont pas été imputées. Le détail du nombre de données manquantes et des effectifs d'analyse est présenté dans chacun des 4 chapitres ci-dessous.



### **1.5.5. Aspect éthique**

Les questionnaires étaient anonymes. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en décembre 2011.

## **2. Le Baromètre santé 2010**

### **2.1. Une enquête en population générale**

Depuis 1992, Santé Publique France (anciennement INPES) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (tirage d'un ménage puis d'un individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur (Beck, Gautier et al. 2013). Le Baromètre santé 2010 est la cinquième vague de cette vaste étude et l'une des plus grosses enquêtes réalisées jusqu'à présent en termes d'informations sur la santé, avec plus de vingt-cinq thématiques abordées.

La population couverte par le Baromètre santé 2010 concerne toutes les personnes âgées de 15 à 85 ans résidant en France métropolitaine en « ménages ordinaires<sup>7</sup> » et équipées d'un téléphone fixe ou mobile (à l'exception des foyers équipés exclusivement d'un numéro fixe commençant par 08/09). C'est donc une enquête qui permet de s'intéresser aux immigrés installés francophones disposant d'un numéro de téléphone fixe ou portable, indépendamment de leur statut administratif. Elle ne permet pas, par contre, de toucher les immigrés rencontrant des difficultés avec la langue, hébergés ou en situation irrégulière sur le territoire français. C'est donc une base complémentaire de l'enquête ANRS-Parcours, rendant possible des estimations nationales et des comparaisons avec la population générale sur les indicateurs d'accès aux soins.

---

<sup>7</sup> Au sens de la définition de l'Insee : Est considéré comme un ménage l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui-ci soit ou non leur résidence principale) et qui ont un budget en commun. La résidence habituelle est le logement dans lequel on a l'habitude de vivre. Font donc partie du même ménage des personnes qui ont un budget commun, c'est-à-dire : qui apportent des ressources servant à des dépenses faites pour la vie du ménage ; et/ou qui bénéficient simplement de ces dépenses.

## 2.2. Échantillonnage et recrutement

Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'institut GfK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 en France métropolitaine, auprès de 27 653 personnes. Les numéros de téléphone (fixe géographique) ont été générés aléatoirement à partir des racines en 01... 05 (numéros géographiques), ce qui a permis d'interroger les ménages en liste rouge. Les ménages équipés uniquement d'un téléphone mobile ont également été intégrés par génération aléatoire des numéros. Les foyers en dégroupage total, dont les numéros commencent par 08 ou 09, ont été récupérés via leur téléphone mobile, garantissant au final une couverture quasi-exhaustive de la population résidant en France métropolitaine. On estimait en 2010 que 82% de la population disposait d'un téléphonique fixe géographique, 12% un mobile exclusif, 5% en dégroupage total et moins de 1% ne disposait d'aucun équipement (Beck, Gautier et al. 2013).

Les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement par la société Survey Sampling International. À partir d'un fichier de 12 millions de numéros de téléphone qualifiés, les racines (six premiers chiffres) attribués par l'Arcep ont été extraites. Un tirage aléatoire stratifié sur ces racines a ensuite été effectué, assurant la représentativité géographique de la population de la population. Puis, pour chaque racine tirée, les 10000 numéros de téléphone correspondant à ces six premiers chiffres ont été générés, avant un premier nettoyage effectué par la société SSI. Un second tirage aléatoire a ensuite été effectué sur ces numéros. Ce tirage a été effectué parmi les seuls numéros ayant un préfixe géographique, c'est à dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05, afin d'éviter les possibles doublons avec les numéros en 08 ou 09.

L'échantillon des téléphones mobiles a été constitué de manière indépendante de l'échantillon des lignes fixes. Les préfixes des numéros de téléphone attribués aux différents opérateurs nationaux ont été utilisés pour la stratification de l'échantillon, en respectant leur importance en termes de parts de marché selon les données de l'Arcep. Ainsi, 42% des numéros créés étaient des numéros attribués à Orange, 32% à SFR, 20% à Bouygues Telecom et 6% aux autres opérateurs. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire. Deux questions filtres permettaient de vérifier que les personnes contactées sur leur téléphone portable ne disposaient pas d'une ligne téléphonique fixe qui les aurait rendus éligibles dans la première base de sondage.

Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 15 à 85 ans, résidant habituellement dans le foyer (au moins quatre jours par semaine) et parlant le français. Le protocole d'enquête nécessitait que les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, le critère d'inclusion étant que leur résidence principale se trouve sur le territoire métropolitain. Le recours à une équipe multilingue n'a pas été envisagé du fait de son coût.

À l'intérieur du foyer, l'individu sondé était sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. Un tirage au sort était réalisé à partir de la liste des membres du ménage.

Au final, 27 658 personnes ont été interrogées dont 10% ne possédaient qu'un téléphone portable (Tableau 4).

Tableau 4: Structure de l'échantillon du Baromètre Santé 2010

	n
<b>Lignes fixes joignables en 01... 05</b>	23 605
<b>Possesseurs de portable ayant une ligne fixe injoignables en 01... 05</b>	1 104
<b>Portables exclusifs</b>	2 944
<b>TOTAL</b>	27 653

Champ : Ensemble des répondants. Lecture : Parmi les répondants, 2944 ne possédaient qu'un téléphone portable et ont été joint par ce biais. Source : Baromètre Santé, 2010

Il n'est pas possible d'estimer de manière précise le taux de participation faute d'information sur l'éligibilité des ménages non joints. Cependant, sur la base d'estimations du profil des non répondants, le taux de refus a été estimé à 39%.

### 2.3. Le recueil des données

Afin de minorer les refus de répondre, une lettre annonce à l'en-tête de l'INPES a été envoyée à tous les ménages inscrits dans l'annuaire et tirés au sort. Trois créneaux horaires avaient été définis pour la réalisation des interviews : les lundi, mardi et jeudi de 16 heures à 21 heures, les mercredi et vendredi de 12 heures à 21 heures et le samedi de 9 h 30 à 15 heures et de 16 heures à 20 heures. Les numéros qui ne répondaient pas ou aboutissaient à une messagerie vocale étaient recomposés automatiquement 60 ou 90 minutes plus tard selon le moment de la vacation. Les appels qui sonnaient occupé étaient en revanche retentés 15 minutes plus tard. Au maximum, trois appels par jour étaient tentés. Jusqu'à 40 tentatives étaient effectuées, à des heures et des jours différents si nécessaire, l'automate d'appel raccrochant après huit sonneries. Enfin, un rappel des ménages ayant refusé l'enquête (que la sélection de la personne à interroger ait été effectuée ou non) était réalisé par une équipe réduite d'enquêteurs spécialement formés.

Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement. Une possibilité de rendez-vous « hors plage horaire » était offerte si la personne sélectionnée n'était pas joignable durant les horaires habituels d'appel. Par

ailleurs, une interruption de questionnaire était possible dès que l'enquêté souhaitait s'arrêter pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, il était rappelé ultérieurement pour une reprise d'interview.

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du logiciel Converso (Converso®) permettant une méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Ce logiciel gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, les prises de rendez-vous et les reprises d'interview, mais aussi le déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, chiffres impossibles signalés selon des spécifications particulières...) ou encore l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items. Le fichier d'adresses de l'étude a été scindé en plusieurs blocs afin d'assurer le caractère aléatoire de l'enquête (tout bloc d'adresses ouvert devant être entièrement exploité).

Le questionnaire comprenait un module principal composé de variables utiles à l'ensemble des thèmes (variables sociodémographiques et variables transversales, pour une durée de 20 à 25 minutes) et des modules optionnels (Figure 11). Le module principal était administré à tous les enquêtés. Les modules optionnels étaient passés à trois sous échantillons de 9 000 enquêtés environ tirés aléatoirement, pour une durée de 10 minutes environ. La passation du questionnaire durait ainsi en moyenne trente-deux minutes.

<b>Questionnaire principal : 27 653</b> – Renseignement signalétique – Qualité de vie 1 (SF 12) – Santé mentale 1 (MH5 - vitalité) – Téléphonie santé – Tabac 1 – Alcool 1 – Suicide – Sexualité, contraception, IST – Drogues illicites 1 – Jeu pathologique – Événements de vie et violences subies – Sommeil 1 – Maladies chroniques 1 – Handicap 1 – Caractéristiques sociales et précarité – Équipement téléphonique	<b>Sous-échantillon 1 : 9 110</b> – Perception de santé, sentiment d'information – Qualité de vie 2 – Maladies chroniques 2 – Handicap 2 – Accidents	<b>Sous-échantillon 1.1 : 4 592</b> – Internet et santé
	<b>Sous-échantillon 1.2 : 4 518</b> – Alzheimer	
	<b>Sous-échantillon 2 : 8 782</b> – Santé travail – Conduites alimentaires – Alcool 2 – Santé mentale 2 – Médicaments psychotropes et psychothérapies – Drogues illicites 2 – Sommeil 2	
	<b>Sous-échantillon 3 : 9 761</b> – Vaccinations – Maladies infectieuses – Sexualité, contraception 2	<b>Sous-échantillon 3.1 : 4 880</b> – Tabac 2 – Douleurs
		<b>Sous-échantillon 3.2 : 4 881</b> – Virus respiratoires

Figure 11 : Structuration de l'échantillon du Baromètre santé 2010

Source : [(Beck, Gautier et al. 2013)]

#### **2.4. Caractéristiques de la population d'étude**

La population d'étude représente la population métropolitaine française âgée de 15 à 85 ans, vivant en ménage ordinaire et francophone.

Les caractéristiques des participants différaient en fonction du mode de sélection (téléphone fixe ou portable), avec plus d'hommes et de jeunes adultes parmi les échantillons des téléphones portables exclusifs et dégroupés (tableau 5)

Tableau 5: Caractéristiques des participants en fonction des différents échantillons, Baromètre Santé 2010

	Fixes géographiques (n = 23 605)	Mobiles exclusifs (n = 2 944)	Dégroupés (n = 1 104)
<b>Sexe</b>			
Homme	43,1	52,0	47,3
Femme	56,9	48,0	52,7
<b>Âge</b>			
15-19 ans	5,6	6,2	6,2
20-25 ans	5,7	24,9	18,9
26-34 ans	11,6	27,2	31,0
35-44 ans	19,3	18,7	23,6
45-54 ans	17,4	13,4	12,1
55-64 ans	20,1	7,5	6,2
65-74 ans	12,2	1,9	1,7
75-85 ans	8,1	0,3	0,4
<b>Âge 2</b>			
15-34 ans	22,9	58,2	56,1
35-54 ans	36,7	32,0	35,7
55-85 ans	40,4	9,8	8,2
<b>Taille de l'agglomération</b>			
Commune rurale	29,8	16,3	9,3
< 20 000 habitants	19,4	16,7	13,8
20 000-99 999 habitants	12,2	15,4	12,1
100 000-199 999 habitants	4,7	7,4	6,7
200 000 et plus	20,6	28,0	34,5
Agglomération parisienne	13,3	16,0	23,6
<b>Région UDA</b>			
Région parisienne	15,4	17,8	26,4
Nord	7,0	8,4	7,0
Est	9,8	8,2	8,2
Bassin parisien ouest	9,9	9,1	7,1
Bassin parisien est	8,0	8,3	6,6
Ouest	14,3	11,2	9,5
Sud-Ouest	11,8	11,4	8,6
Sud-Est	12,7	9,9	13,9
Méditerranée	11,2	15,8	12,8
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme	9,0	15,4	8,2
Inférieur au bac	42,8	39,8	32,4
Bac	17,5	20,1	19,2
Bac +2	11,6	10,3	14,4
Bac +3 +4	10,6	8,3	12,8
Bac +5	8,6	6,2	13,0
<b>Revenu/UC</b>			
Inférieur à 1100 euros	27,4	47,1	33,5
De 1100 à 1799 euros	39,2	36,6	36,0
1800 euros et plus	33,4	16,3	30,6
<b>Situation professionnelle</b>			
Travail	52,5	56,6	69,1
Études	7,6	13,5	11,2
Chômage	5,3	16,2	9,1
Retraite	28,8	5,2	4,5
Inactifs	5,7	8,3	5,9
<b>PCS</b>			
Agriculteurs exploitants	2,6	0,8	0,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,0	6,0	3,6
Cadres, professions intellectuelles supérieures	19,6	11,4	20,2
Professions intermédiaires	27,8	18,4	28,9
Employés	25,7	30,4	26,4
Ouvriers	17,6	31,7	20,0

Les immigrés représentaient 8,9% de la population d'étude, les descendants d'immigrés 13,2% et les français originaires des DOM/TOM 1,6% (Figure 12). Les immigrés étaient principalement originaires du Maghreb, d'Europe ou d'ASS (Figure 15).

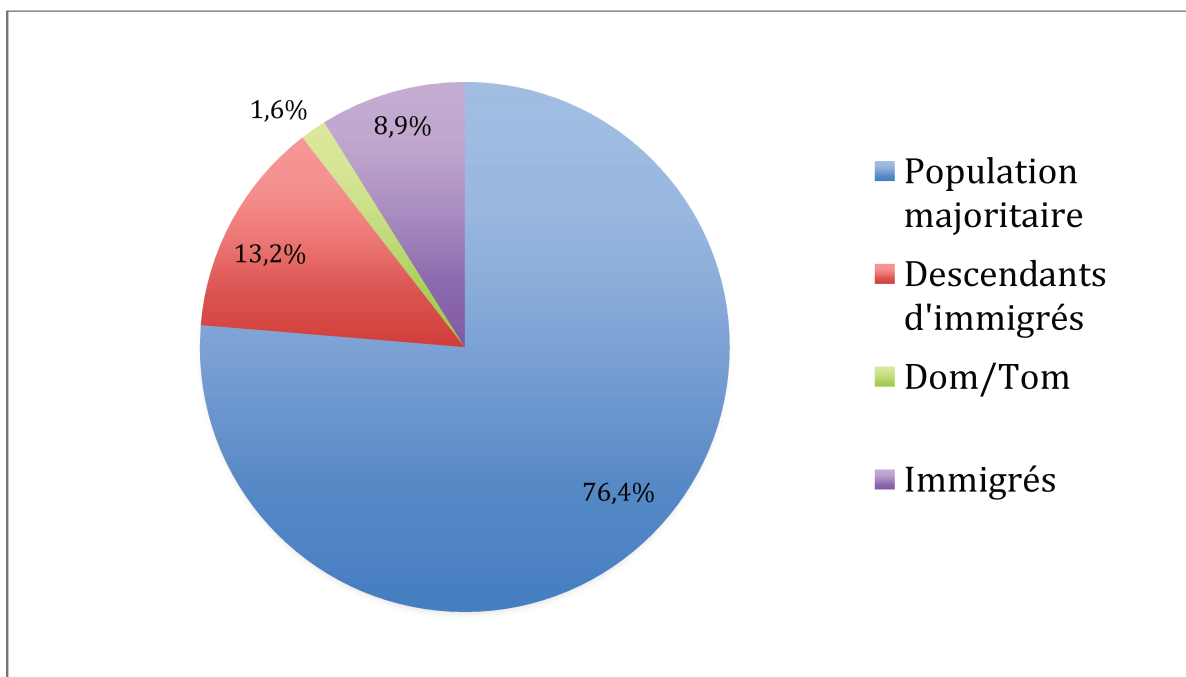


Figure 12 : Origine des participants au Baromètre santé 2010

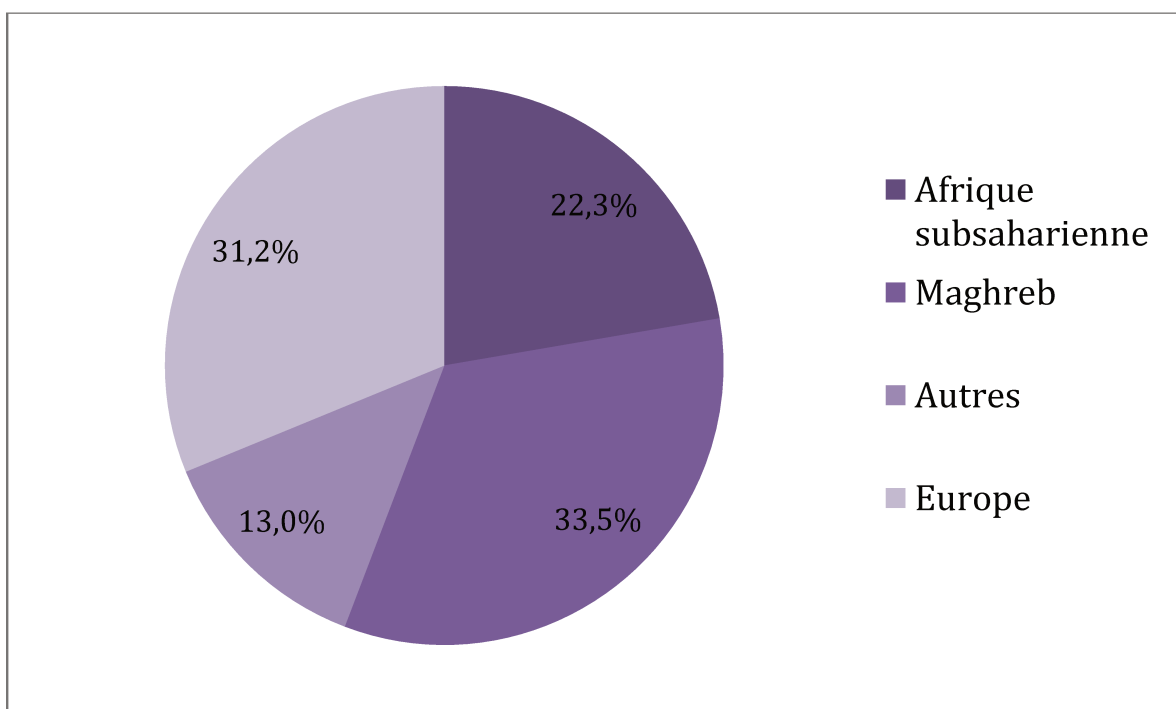


Figure 13 : Pays de naissance des immigrés participant au Baromètre Santé 2010



La majorité des immigrés étaient arrivés en France depuis plus de 7 ans et la moitié avait acquis la nationalité française. Comparé à la population majoritaire, les immigrés avaient plus souvent un niveau d'étude inférieur ou égal au primaire (39,3% vs 21,3%,  $p < 0,001$ ), vivaient plus souvent en couple avec enfants (37,9% vs 29,5%,  $p < 0,001$ ), étaient plus souvent au chômage (16,5%) ou dans une situation financière difficile (28,6% vs 14,2%,  $p < 0,001$ ). Ils étaient plus souvent sans couverture maladie, bénéficiaires de la CMU-C ou bénéficiaires de l'Assurance maladie sans complémentaire santé ( $p < 0,001$ ). Ils déclaraient plus souvent des violences subies ou des discriminations subies dans les 12 derniers mois ( $p < 0,001$ ). Les résultats détaillés sont présentés dans le chapitre 3.

## **2.5. Analyses**

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 13.1 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

### **2.5.1. Pondération.**

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage. Dans l'échantillon de l'enquête, certaines catégories de population apparaissent sous- représentées, d'autres surreprésentées, notamment du fait de la non réponse inégalement répartie au sein de la population. Après avoir été pondérées pour tenir compte de la probabilité de tirage au sein du ménage, les données ont donc été calées sur les données de l'enquête emploi de 2008. Les données ont été redressées sur le sexe, la taille de l'agglomération de résidence, la « métarégion » (9 grandes zones nationales) et le niveau de diplôme.

L'analyse tient compte de cette pondération.

### **2.5.2. Analyses descriptives**

Les analyses réalisées portent sur le renoncement aux soins pour raison financière et seront détaillées dans le chapitre 3.

L'indicateur a été décrit en termes de pourcentages pondérés et standardisés dans la population majoritaire et parmi les immigrés. Les résultats ont été discutés au regard des données de la littérature.

### **2.5.3. Modèles multivariés**

Une approche analytique a mis en évidence les déterminants du renoncement aux soins toutes choses étant égales par ailleurs. Une régression de Poisson à variance robuste a été utilisée afin d'estimer les rapports de prévalence des facteurs de renoncement aux soins. L'application d'une variance robuste à la régression de Poisson permet en effet de l'utiliser pour des variables binaires. Des analyses successives ont été réalisées afin d'estimer l'effet des caractéristiques sociales sur le lien entre l'origine géographique et le taux de renoncement aux soins pour raisons financières, et d'en estimer le gradient comme cela a été décrit ailleurs (Rondet, Lapostolle et al. 2014). L'association entre l'origine géographique et le renoncement aux soins a ainsi été d'abord ajustée sur le sexe et l'âge, puis successivement sur les caractéristiques sociodémographiques, les violences et les discriminations subies, et l'état de santé. Toutes les variables avec un degré de significativité inférieur à 0,20 ou sur lesquelles l'ajustement nous a paru nécessaire ont été conservées dans l'analyse. Les analyses ont également été menées avec un modèle de régression logistique classique et retrouvaient des associations similaires (résultats non présentés).

### **2.5.4. Populations d'études et données manquantes**

Les analyses ont porté soit sur l'ensemble des personnes majeures participantes, soit sur des sous échantillons d'intérêt selon les questions posées (Ex : analyse réalisée chez les immigrés tenant compte de la nationalité et de l'ancienneté d'arrivée en France).

Les données manquantes, peu nombreuses (1943/27653), ont fait l'objet d'une exclusion des participants des modèles d'analyse et n'ont pas été imputées. Les participants âgés de moins de 18 ans (n=956) n'ont pas été inclus dans l'analyse.

### **2.5.5. Aspect éthique**

Les questionnaires étaient anonymes. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## **3. Apport respectif des modes de recrutement des deux enquêtes pour la question de recherche**

L'enquête ANRS Parcours est originale de par sa population d'étude, les immigrés originaires d'ASS vivant en Ile-de-France avec ou sans le VIH ou le VHB, et son approche biographique permettant une analyse fine de l'entremêlement des différents facteurs sociaux avec les éléments de santé tout au long d'un parcours de vie avant, au moment et après la migration. Cette approche permet d'éviter le travers habituel des études transversales qui étudient des associations entre un état de santé au moment de l'enquête avec les caractéristiques sociales au même moment, mais souvent sans tenir compte de ce qu'elles étaient plusieurs années avant. Le Baromètre santé 2010 a pour principal avantage d'avoir été réalisé auprès d'un large échantillon représentatif de la population générale française et renseignant le pays de naissance des participants et de leurs parents. Il autorise ainsi des comparaisons entre les immigrés, les descendants d'immigrés et la population majoritaire, situation qui reste rare dans les grandes enquêtes françaises.

Une des limites de l'enquête ANRS Parcours est son recrutement en soins (et dans certaines structures de soins), constituant ainsi un échantillon ayant, par définition, déjà accédé aux soins et excluant d'éventuels personnes n'y ayant jamais eu recours. Cependant les participants sont en moyenne arrivés en France depuis plus de 10 ans et ont donc pour la plupart, à priori, eu l'occasion de rentrer en contact avec le système de santé. Par contre, cette ancienneté d'arrivée peut affecter le souvenir des événements ayant suivi l'arrivée et biaiser en partie les résultats dans ce sens. A ces égards, le Baromètre santé 2010, enquête en population générale réalisée par téléphone permet de recruter plus largement au-delà du système de santé et le questionnement limité aux 12 derniers mois limite le biais de mémoire. On peut par contre craindre une sous-représentation des personnes les plus précaires dans le baromètre qui ont moins de

chance de disposer d'un domicile personnel et d'une ligne téléphonique fixe ou portable.

Les avantages et les limites des deux enquêtes sont résumées dans le tableau 6.

Tableau 6: Caractéristiques, avantages et limites des enquêtes ANRS Parcours et Baromètre Santé 2010

	Enquête ANRS Parcours	Baromètre Santé 2010
<b>Design</b>	Enquête épidémiologique et biographique descriptive, rétrospective	Enquête épidémiologique transversale
<b>Échantillonnage et recrutement</b>	3 échantillons aléatoires d'immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France recrutés en soins (groupe médecine générale recrutés en centres de santé et PASS, groupe VIH recrutés dans les services hospitaliers, groupe hépatite B recruté dans les services hospitaliers) Effectif de 763, 926 et 779 personnes respectivement	Échantillon aléatoire et représentatif de la population générale française vivant en « ménages ordinaires » recrutés par téléphone (fixe et portable). Effectif de 27658 personnes dont 1646 immigrés (20% d'ASS).
<b>Avantages</b>	Co-construction avec les associations communautaires et les soignants. Enquête biographique avec une grille âge-événement. Sondage aléatoire à deux degrés (service de soins puis individu) Effectif important d'immigrés d'Afrique subsaharienne. Taux de participation élevé des personnes sélectionnées. Respect de l'anonymat. Accès possible à un interprète sur rendez-vous. Enquête réalisée en face à face. Informations médicales complétées par le médecin. Richesse des informations sociodémographiques recueillies.	Enquête en population générale française. Sondage aléatoire à deux degrés (ménage puis individu). Effectif important. Relances téléphoniques. Taux de participation élevé. Inclusion des personnes en dégroupage total et ne possédant qu'un téléphone portable. Recueil du pays de naissance de l'individu et de ses parents, et de divers indicateurs sociodémographiques. Question sur le renoncement aux soins dans les 12 derniers mois. Peu de données manquantes.
<b>Limites</b>	Recrutement uniquement en soins, dans la région Ile-de-France. Pas de personnes de moins de 15 ans et de plus de 60 ans. Pas de possibilité d'interprétariat en temps-réel. Taux de participation faible des centres de santé. Sous-représentation des personnes en emploi. Risque de biais de mémoire pour les événements anciens. Longueur du questionnaire. Pas de l'échelle biographique = année. Indicateurs sur le renoncement et les refus de soins recueillis depuis l'arrivée en France. Pas de question sur le refus de soins chez le dentiste et les spécialistes libéraux. Absence d'autres indicateurs sur l'accès aux soins comme la consommation de soins, les autres barrières à l'accès aux soins, etc.	Effectif limité pour les immigrés. Pas de personnes ne disposant pas de ligne téléphonique fixe ou portable. Probable sous-représentation des migrants primo-arrivants en situation de précarité et/ou en situation irrégulière. Pas de personnes de moins de 15 ans et de plus de 85 ans. Pas de données biographiques. Questionnaire par téléphone. Enquête en français uniquement. Longueur du questionnaire. Absence d'autres indicateurs sur l'accès aux soins comme les refus de soins, la consommation de soins, les autres barrières à l'accès aux soins, etc.

Lecture : Le design de l'enquête ANRS Parcours est une enquête épidémiologique et biographique descriptive, rétrospective. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013 et Baromètre Santé 2010

## **CHAPITRE 1. UN ACCES RELATIVEMENT RAPIDE A UNE PREMIERE COUVERTURE MALADIE APRES L'ARRIVEE EN FRANCE**

Ce premier travail s'est intéressé au délai d'obtention d'une première couverture maladie après l'arrivée en France pour les immigrés subsahariens selon le sexe et le groupe (VIH, HBC ou groupe de référence) à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours. Les personnes incluses dans l'enquête, arrivées en France après 1980 et depuis au moins 2 ans, âgés d'au moins 18 ans lors de leur arrivée et ne présentant pas de données manquantes ont été sélectionnées. Au total, 1915 personnes ont été incluses dans l'analyse (749 dans le groupe VIH, 619 dans le groupe HBC et 547 dans le groupe de référence). Les caractéristiques sociodémographiques ont été décrites en fonction du sexe dans les trois groupes. L'accès à une première couverture maladie et son maintien était renseigné chaque année dans la grille biographique. Le type de couverture maladie n'était connu qu'au moment de l'enquête. Le temps nécessaire à l'obtention d'une première couverture maladie a été décrit à l'aide de courbes de Kaplan Meier avec un pas d'une année et comparées en fonction du sexe et du groupe. Les données de la grille biographique ne permettaient pas une description plus fine par semaine ou mois de ce délai.

Une première analyse s'est intéressée aux facteurs associés à l'acquisition rapide d'une première couverture maladie année après année après l'arrivée en France. Un modèle de régression logistique à temps discret a été utilisé à cette fin, modèle permettant de tenir compte du temps pour les variables renseignées chaque année comme la couverture maladie et le droit au séjour, et ayant l'avantage de ne pas nécessiter de poser l'hypothèse de proportionnalité des risques. L'analyse débutait l'année d'arrivée en France et l'évènement considéré était l'année d'obtention de la première couverture maladie. Étant donné les spécificités d'accès au système de santé en fonction du sexe, cette analyse a été stratifiée par sexe et cumulait 2667 personne-années pour les hommes et 1916 personne-années pour les femmes. La richesse des indicateurs disponibles dans le questionnaire de l'enquête ANRS-Parcours (niveau d'éducation, raison de la migration, période de migration, âge à l'arrivée) et le fait de

disposer de co-variables dépendantes du temps (droit au séjour, logement, ressources, hospitalisation, grossesses et diagnostic du VIH ou d'une HBC) permettait un ajustement fin sur les conditions sociales et médicales.

Une deuxième analyse s'est intéressée aux ruptures de couverture maladie (toujours avec un pas d'une année, donc des ruptures a priori prolongées) survenues après l'obtention d'une première couverture maladie et portait sur 3166 personnes années pour les hommes et 3014 personnes années pour les femmes. De la même manière, les facteurs associés à ces ruptures ont été analysés à l'aide d'un modèle de régression logistique à temps discret tenant compte du temps depuis l'obtention d'une première couverture maladie jusqu'à l'année de l'enquête. L'évènement considéré était alors la rupture de couverture maladie.

Enfin, le type de couverture maladie au moment de l'enquête a été décrite afin d'estimer, dans chaque groupe, le nombre de participants sans couverture maladie de base, la proportion de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale d'État. Les données qui étaient disponibles dans ANRS-Parcours sur la couverture maladie complémentaire et le recours aux affections longues durées n'ont pas été présentées dans cette analyse. Elles montraient que, parmi les bénéficiaires de l'Assurance maladie, un quart à un tiers des participants ne disposaient d'aucune couverture complémentaire et que le taux de bénéficiaires d'une affection longue durée différait de manière importante en fonction du groupe (97,0% pour le groupe VIH, 76% pour le groupe HBC -90% en cas d'indication à un traitement- et 26% pour le groupe de référence).

Ce travail a fait l'objet d'un article publié dans la revue PLoS One en 2018 (Vignier, Desgrées du Loû et al. 2018) :

- Vignier N, Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Dray Spira R, and the PARCOURS Study Group. Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study. PLoS ONE 13(2): e0192916 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916> ([reproduit ci-dessous](#))

D'un chapitre dans l'ouvrage consacré à l'enquête ANRS-Parcours

- Vignier N, Chauvin P and Dray Spira R. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses. In : Desgrées du Loû A and Lert F (coord.). PARCOURS- Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris: La Découverte, Juillet

2017, p. 113-135. ISBN 978-2-7071-9645-3. <http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Parcours-9782707196453.html>

Et d'une présentation à la 8<sup>ème</sup> conférence internationale francophone VIH/Hépatites AFRAVIH à Bruxelles en 2016 :

- Vignier N, Bouchaud O., Ravalihasy A., Gosselin A., Pannetier J., Lert F., Bajos N., Lydié N., Desgrées du Loué A., Dray-Spira R., et le groupe PARCOURS. Accès à une couverture maladie parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France. AFRAVIH 2016. Bruxelles. 22 avril 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=G2BPfNk5RoE>

Ce travail a montré que l'accès à une couverture maladie était effectif dès la première année pour la majorité des immigrés subsahariens d'Ile-de-France, mais qu'une petite partie d'entre eux pouvait avoir un retard à l'obtention de cette couverture, en particulier les plus vulnérables. En effet les chances d'obtenir une première couverture maladie étaient plus faibles les années sans titre de séjour et sans ressources pour les hommes. Elles étaient à l'inverse meilleures pour les personnes ayant migré après 2000 et l'année du diagnostic de l'infection par le VIH ou le VHB pour les personnes concernées. Elle était facilitée pour les femmes si elles étaient étudiantes et les années de leur grossesse pour celles ayant été enceintes en France. L'absence ou la perte d'un droit au séjour était le principal facteur associé avec une rupture de couverture maladie dans cette analyse. Dans le groupe de référence recruté en soins, un homme sur dix et une femme sur cinq ne disposait d'aucune couverture maladie. Le recours à la CMU et à l'AME était fréquent dans les trois échantillons, soulignant la fréquence des situations de précarité financière et administrative.

Article publié dans la revue PLOS ONE :



RESEARCH ARTICLE

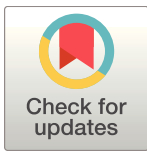
# Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study

Nicolas Vignier<sup>1,2\*</sup>, Annabel Desgrées du Loû<sup>3</sup>, Julie Pannetier<sup>3</sup>, Andrainolo Ravalihasy<sup>3</sup>, Anne Gosselin<sup>3</sup>, France Lert<sup>4</sup>, Nathalie Lydié<sup>5</sup>, Olivier Bouchaud<sup>6</sup>, Rosemary Dray Spira<sup>1</sup>, the PARCOURS Study Group<sup>¶</sup>

**1** INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP), Department of Social Epidemiology, Paris, France, **2** Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, Department of Infectious and Tropical Diseases, Melun, France, **3** Sorbonne Paris Cités, IRD, CEPED, ERL INSERM 1244 SAGESUD, Paris, France, **4** INSERM, Centre for Research in Epidemiology and Population Health (CESP-U 1018), Villejuif, France, **5** Santé Publique France, French National Agency of Public Health, Saint-Maurice, France, **6** Paris 13 University, Avicenne Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Department of Infectious and Tropical diseases, and Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412), Bobigny, France

¶ Membership of the PARCOURS Study Group is provided in the Acknowledgments.

\* [vigniernicolas@yahoo.fr](mailto:vigniernicolas@yahoo.fr)



**OPEN ACCESS**

**Citation:** Vignier N, Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. (2018) Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study. PLoS ONE 13(2): e0192916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916>

**Editor:** Michael Gusmano, Rutgers School of Public Health, UNITED STATES

**Received:** May 9, 2017

**Accepted:** January 20, 2018

**Published:** February 15, 2018

**Copyright:** © 2018 Vignier et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files. Any additional queries may be sent to IRD-Paris Descartes, ERL INSERM 1244 SAGESUD coordinator (ADL) at [annabel.desgrees@ird.fr](mailto:annabel.desgrees@ird.fr).

**Funding:** This study was supported by the French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS) and Santé Publique France and the Directorate-General of Health (DGS, French Ministry of Health). AR was granted by Sante

## Abstract

### Background

Migrants' access to care depends on their health insurance coverage in the host country. We aimed to evaluate in France the dynamic and the determinants of health insurance coverage acquisition among sub-Saharan migrants.

### Methods

In the PARCOURS life-event retrospective survey conducted in 2012–2013 in health-care facilities in the Paris region, data on health insurance coverage (HIC) each year since arrival in France has been collected among three groups of sub-Saharan migrants recruited in primary care centres (N = 763), centres for HIV care (N = 923) and for chronic hepatitis B care (N = 778). Year to year, the determinants of the acquisition and lapse of HIC were analysed with mixed-effects logistic regression models.

### Results

In the year of arrival, 63.4% of women and 55.3% of men obtained HIC. But three years after arrival, still 14% of women and 19% of men had not obtained HIC. HIC acquisition was accelerated in case of HIV or hepatitis B infection, for migrants arrived after 2000, and for women in case of pregnancy and when they were studying. Conversely, it was slowed down in case of lack of a residency permit and lack of financial resources for men. In addition, women and men without residency permits were more likely to have lost HIC when they had one.

Publique France. The funders of the study had no role in the study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the article.

**Competing interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

## Conclusion

In France, the health insurance system aiming at protecting all, including undocumented migrants, leads to a prompt access to HIC for migrants from sub-Saharan Africa. Nevertheless, this access may be impaired by administrative and social insecurities.

## Introduction

With 244 million international migrants worldwide and increasing migration to Europe, migration is a global phenomenon that could influence the health of individuals [1, 2]. The question of the health of migrants and their access to the health care system is therefore more acute. Despite an increasing focus on migration globally, there are insufficient data on the interaction between migration and health and of how health systems cope with immigration [3]. The migrant population is very heterogeneous, depending on their country of origin, the circumstances of migration and the living condition at arrival in the host country. However, many migrants arriving in Europe from developing countries, and particularly those arriving from Africa, experience difficult migration pathways and find themselves in a precarious situation after arrival in the host countries [4]. They are thus considered at higher risk for a range of health problems in Europe, especially the undocumented ones, which are the most vulnerable [5, 6]. This higher risk is partly due to poor socioeconomic conditions and, in some countries, is due to the lack of rights to health coverage for undocumented migrants [7–9]. Existing evidence from different European countries highlights the difficulties to access health services that migrants are facing [10–13]. These difficulties are due to various reasons as lack of health insurance coverage or insufficient knowledge of rights and structures [14–18]. Access to health insurance that provides coverage for medical and hospital care is a major determinant of healthcare access and reduction of morbidity and mortality [19–22]. Universal health coverage is the subject of a globally approved United Nations General Assembly resolution and is the third Sustainable Development Goal of the UN Development Programme [23, 24]. In addition, the specific challenges encountered in the field of migration and health has been recognized as a priority for research, as the need for better evidence to improve health system responses to migration [3, 25].

In France, the health-care system was built at the end of World War II as part of the social security system and, to date, has continuously improved to ensure health access for all [26]. It is based on a public health insurance system named Health Insurance (HI) (see the supporting information S1 for a detailed description) (S1 Text). HI is based on compulsory social insurance funded by social contributions. Government provides basic Health Insurance Coverage (HIC) for French and foreign people residing in France regularly and working, studying or being linked to a recipient of the social security system (assignee). This Standard health Insurance is supplemented by a voluntary private insurance that covers health care costs not reimbursed. However, such supplementary insurance is less common among the lower segments of the population. In 1999 was created the Universal Health insurance Coverage (UHC) for French people and foreign nationals living legally in France under an income ceiling and who were previously excluded from Health Insurance based on administrative and/or socio-professional criteria. UHC provided them the right to basic health insurance for basic welfare and, depending on income, for complementary health insurance. Thus, UHC is basic health insurance coverage for inactive people living regularly in France without an assignee.

At the same time, the State Medical Assistance (SMA) was created for undocumented immigrants [27]. SMA covers the entire cost of care. Several supporting documents are required to apply: passport or identity card, an address of domiciliation and over three months' presence in France. Beneficiaries must be below a resource threshold similar to the supplementary UHC coverage threshold (in the order of \$ 10,000 annually for a single person). Dependent people can also benefit from State Medical Assistance (i.e. partners and children). In theory, all healthcare professionals are obliged to accept SMA beneficiaries and forbid them from exceeding fee. The period of entitlement is one renewable year. With the SMA, France is one of the few European countries to ensure a wide access to care for undocumented migrants, but through a separate system.[28].

In contrast to these theoretical possibilities of universal access to care, some reports shows that this access to care is not as easy as it should be [20, 26, 29–31]. There is limited empirical research available that analyses migrants' access to Health Insurance Coverage.

People from sub-Saharan Africa are at a higher risk of HIV and chronic hepatitis B (CHB) infections and need preventive services and access to diagnostic, care and treatment [32, 33]. For migrants living with HIV or CHB, being engaged in care promotes medication adherence, prevents complications, and decreases the risk of transmission [34–36]. Health insurance coverage could play an important role in their diagnosis, entry and retention in care [37].

Using the data from a large life-event survey of people from sub-Saharan Africa living in France with or without HIV or CHB, we aimed to investigate the acquisition time of Health insurance after arrival in France and how acquisition and disruption are associated with social, administrative and medical determinants.

## Methods

### Study design and participants

The PARCOURS study was conducted to analyse how health trajectories and social and migratory paths are interlaced for migrants from sub-Saharan Africa who are living in France. This retrospective quantitative life-event survey was conducted from February 2012 to May 2013 in health-care facilities in the Paris metropolitan area (Île-de-France). Three groups of migrants born in sub-Saharan Africa have been studied: one group followed in care for HIV infection in dedicated HIV centres (HIV group), one group in care for Chronic Hepatitis B (without concomitant HIV infection) followed in dedicated CHB centres (CHB group), and a third group of people who visited primary-care centres for any reason (reference group). The study used time-location sampling [38], in which healthcare facilities were randomly selected from three exhaustive lists of primary-care centres (including primary-care centres for vulnerable populations), HIV outpatient hospital clinics and hepatitis treatment clinics. We constructed three distinct sampling frames (one for each healthcare specialty) by each half-day that the healthcare facilities were open. All eligible patient visits were included from each healthcare facility and each half-day time interval. To construct a sample that reflected the contribution of the various types of healthcare facility found in Île-de-France, the number of individuals to include from each facility was determined according to the group's weight within the total population of migrants from sub-Saharan Africa in the Paris metropolitan era. The data were weighted according to each individual's probability of inclusion in the survey.

Patients were eligible if they were born in sub-Saharan Africa, were citizens of a sub-Saharan African country at birth, were between 18 and 59 years old, and had not been diagnosed with HIV or hepatitis B (for the primary-care group) or with HIV infection or CHB (the other two groups) for at least 3 months. Recruitment occurred at the healthcare facilities. Physicians asked their eligible patients to participate and acquired their written consent.

A trained interviewer administered a face-to-face standardized life-event history questionnaire to each participant. Information collected included sociodemographic characteristics, conditions of migration and life in France, relational, sexual, and reproductive histories, and healthcare pathways that included HIV and hepatitis B virus (HBV) testing, healthcare insurance coverage, and engagement in care. Each parameter of interest was documented year to year from birth until the time of data collection. To collect retrospectively this life-event information, we used the life history calendars or “Ageven” sheet (also known as life event or life grid calendars). This tool has been shown to be effective in reducing recall bias and improving data quality in retrospective studies by providing a graphical time line that helps participants to anchor their responses in relation to different life stages and events. [39–42]

Clinical and laboratory information was documented from medical records. All information was anonymously collected.

The complete survey protocol is registered and available on Clinicaltrials.gov (NCT02566148 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02566148>). Other aspects of the study have already been presented elsewhere [43, 44].

### Ethical considerations

The Advisory Committee on Data Collection in Health Research (CCTIRS) and the French Data Protection Authority (CNIL) approved the study protocol (CD-2011-484 approval on 7 December 2011). All information was anonymously collected.

To take into account difficulties in participating in the survey due to poor or no knowledge of the French language, the patient questionnaire was available in French or English, and, by appointment, an interpreter could be made available to conduct the interview in an African language spoken by the respondent.

### Outcomes and variables of interest

For each year between the arrival in France and the year of data collection, HIC was documented. The first outcome was the delay of acquisition of first HIC since arrival in France. HIC was defined as any type of basic HIC that lasted for at least one year without considering supplementary health insurance. The others outcome were incidence of first HIC interruption after obtaining it and basic HIC at the time of the study (HI, UHC, SMA or none).

The fixed covariates for the analysis of the factors associated with the acquisition delay included the period of arrival, the age, the level of education, place of birth and the reported reasons for migration. Living conditions in France were documented for each year between arrival and the year of data collection through several time-dependent variables: permit of residence, housing situation, economic resources, and activity. Medical conditions including pregnancy, hospitalization, HIV and/or CHB diagnosis were dated and treated as time-dependent variables.

### Statistical analyses

The analysis focused on people who arrived in France after 1980, who have been in France at time of interview for at least 2 years, aged over 18 on arrival and without missing data in the model variables. Persons who arrived before 1980 or who were under 18 years of age on arrival were not included. Persons who arrived in the previous year did not allow for a satisfactory analysis of the factors related to time. The database and analysis file for reproducing this analysis is available in supporting information ([S1 Table](#) and [S2 Text](#))

Sociodemographic characteristics, including the main reasons for coming to France and the hardships experienced in France were compared between groups with a design-based [chi]

2 test to compare proportions. Medians of duration were compared with non-parametric equality-of-medians tests.

Characteristics associated with the acquisition of HIC each year since the time of arrival in France were identified using mixed-effect logistic regression models. Models included both fixed and time-dependent covariates and were systematically adjusted for time since arrival in France.

Given the retrospective nature of the data and the heterogeneity regarding the time since arrival in France, migrants with a delayed access to HIC may have been particularly underrepresented among those who arrived within the most recent period. To assess possible bias, an additional analysis was performed in a database restricted to participants who had been in France for at least 3 years at the time of interview.

In the same way, we analysed factors associated with the loss over time of this first HIC among men and women in the 4 years after it was obtained.

Data were weighted according to each individual's probability of inclusion in the survey and the weights were applied to all percentages. All analyses were stratified by sex due to differentiated migratory patterns and exchanges with the healthcare system.

All analyses were performed in Stata SE 13.1 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

## Results

### Study population

A total of 1184 (reference group), 1829 (HIV) and 1169 (CHB) individuals met the eligibility criteria, among which 124, 141 and 25, respectively, were not offered participation by their physicians due to health problems or cognitive impairment. Eventually, 763 migrants in the reference group, 926 migrants with HIV, and 778 migrants with CHB agreed to participate. A total of 552 subjects were excluded for different reasons: 76 people arrived in France before 1980, 81 had been in France for less than a year, 210 were under the age of 18 at the time of their arrival, and 185 were excluded because of missing data in the variables. Consequently, a total of 1008 men and 907 women were included in the analysis: 547 in the reference group, 749 in the HIV group and 619 in the CHB group.

The sociodemographic characteristics of the participants are described in [Table 1](#). Women accounted for 55.6% of the reference group, 62.4% of the HIV group, and 26.8% of the CHB group. The median age at arrival was 29 years in the reference group for both sexes. Men and women in the HIV group arrived when they were older. Most came from Western and Central Africa. Men most often reported coming to France to seek work and women reported that they came for family unification. The median duration of residence in France was 9 years [IQR: 2–15] for men and women in the reference group. Absences of residency permits, of personal housing, or of resources on arrival in France were frequent. The absence of a residency permit on arrival was more common in the HIV or CHB groups ([Table 1](#)).

### Delay to acquisition of first HIC since arrival in France

The proportion of participants with HIC is presented year to year after arriving in France in [Fig 1](#). HIC was obtained the year of arrival in France in median (IQR [0–1]) with no difference across groups. Among men, 55.3% had acquired an HIC the first year after arrival. This percentage rises to 74.6% the second year and 80.9% the third year after arrival in France; these figures were 63.4%, 80.2% and 86.0%, respectively, for women.

Table 1. Socio-demographic characteristics by sex and by study group—ANRS PARCOURS study.

	Men				Women			
	Ref. group	HIV	CHB	P value	Ref. group	HIV	CHB	P value
	N = 265	N = 285	N = 458		N = 282	N = 464	N = 161	
	%	%	%		%	%	%	
<b>Age at arrival in France (years)</b>								
18–24	27.7	16.6	25.5	0.004	30.5	21.7	25.4	0.06
25–29	34.7	30.1	35.9		32.3	32.5	39.0	
30–60	37.6	53.3	38.6		36.6	45.7	35.6	
<b>Arrival period in France</b>								
1980–1999	35.5	42.4	27.3	0.008	39.8	33.2	19.4	0.03
2000–2012	64.5	57.6	72.7		60.3	66.8	80.6	
<b>Educational level at arrival</b>								
None/primary	32.9	24.3	38.4	0.08	25.2	24.3	28.3	0.83
Secondary	45.3	48.1	38.9		56.5	59.0	54.5	
Postsecondary	21.8	27.8	22.7		18.3	16.7	17.3	
<b>Region of birth</b>								
West Africa	64.8	58.3	81.5	<0.001	53.4	48.8	74.5	<0.001
Central Africa	31.4	39.6	17.1		43.4	48.0	23.2	
East/Southern Africa	0.0	2.0	0.0		3.2	3.2	2.3	
<b>Duration of stay in France</b>								
Median	9	11	9.5	0.02	9	10	7	0.01
IQR	2–15	6–21	4–13		2–16	6–14	3–12	
<b>Reason for coming to France</b>								
Find work	44.9	44.9	53.0	0.07	24.2	38.2	28.4	0.007
Threatened in his/her country	28.0	18.9	19.5		20.7	11.2	17.1	
Join a family member or study	24.9	27.4	21.5		40.8	40.9	45.4	
Medical reasons	2.2	8.9	6.1		4.3	9.8	9.1	
<b>Resident permit at arrival</b>								
None	48.2	53.4	61.9	0.06	38.0	48.5	46.5	0.008
Temporary resident permit	44.6	38.7	32.9		54.1	44.4	46.0	
Resident permit (10 years)	5.3	3.6	2.8		7.4	6.2	3.6	
French nationality	1.9	4.2	2.5		0.5	0.9	4.0	
<b>Housing situation at arrival</b>								
Own housing	16.0	19.1	11.8	0.37	35.0	19.2	22.1	0.02
Housed by family	41.4	39.9	46.0		43.5	50.9	44.5	
Associations, worker's hostels	14.0	11.1	16.1		3.2	2.6	6.8	
No stable housing	28.6	30.0	26.2		18.4	27.3	26.6	
<b>Resources at arrival</b>								
Own work	62.8	69.5	68.5	0.41	40.3	47.8	37.6	0.29
From spouse or family	16.4	15.4	17.8		41.1	35.7	46.4	
Government allowances	13.7	7.9	6.9		8.4	7.6	9.0	
No resource	7.1	7.1	6.8		7.3	9.0	7.0	

Note: Weighted percentages. P value: design-based x2 test comparison of proportion and quantile regression with robust variance estimator for median comparison across groups. CHB, chronic hepatitis B; IQR, interquartile range; Ref. group, reference group.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.t001>

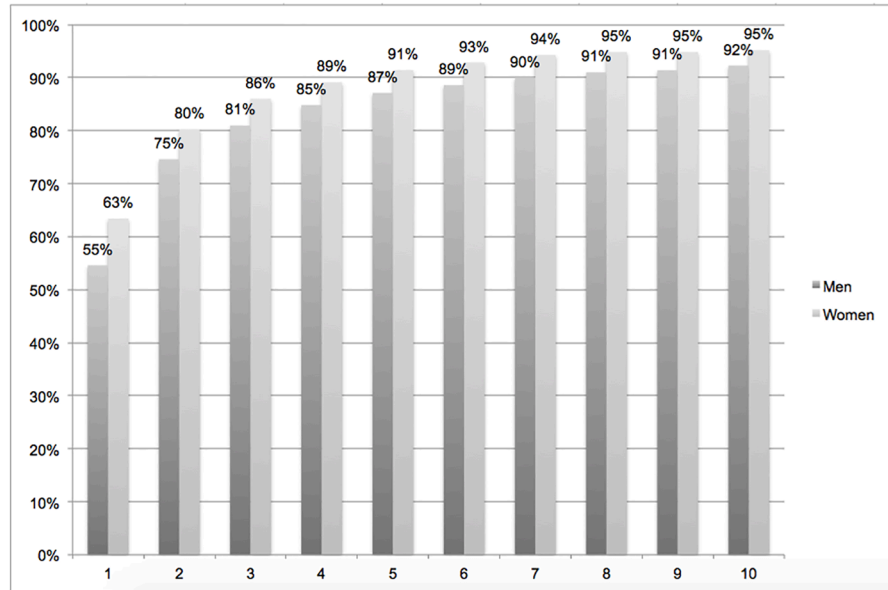


Fig 1. Access to first health insurance coverage by years after arrival in France (N = 1915).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.g001>

### Factors associated with acquisition of HIC year to year after arrival in France

In the univariate analysis, women acquired HIC more quickly than men (odds ratio = 1.35, 95% confidence interval [1.13–1.61]). No difference in the access to HIC was observed between groups (OR = 1.10 [0.88–1.37] for HIV Group and OR = 1.11 [0.89–1.38] for CHB group; reference = Ref. group).

Among men, men who arrived after 2000 acquired HIC faster than those who had arrived earlier (Table 2). Men were more likely to acquire HIC during the year of hospitalization and if concerned, once they were diagnosed with HIV or CHB.

Conversely, men were less likely to obtain HIC during years without a residency permit and during years without resources.

In the multivariate analysis, characteristics that were significantly associated with a faster access to HIC were the arrival in France after the year 2000 (adjusted OR = 1.57 [1.20–2.06]) and HIV or CHB diagnosis (aOR = 1.72 [1.10–2.69] and 3.17 [2.17–4.64]). Characteristics associated with a delayed access to HIC were the absence of a residency permit (aOR = 0.36 [0.18–0.72]) and the absence of resources (aOR = 0.52 [0.29–0.96]).

Among women, the same associations were observed with arrival times after 2000, hospitalization, being diagnosed with HIV or CHB and lack of a residency permit (Table 2). In addition, women were more likely to have acquired HIC when they had a secondary level of education or higher at arrival. Furthermore, women were more likely to acquire HIC during the year of a pregnancy and during the years that they were students.

In the multivariate analysis, characteristics that were significantly associated with a faster access to HIC were arrival in France after the year 2000 (aOR = 1.54 [1.12–2.12]), secondary level of education at arrival (aOR = 1.65 [1.21–2.26]), French nationality (aOR = 4.84 [1.23–19.13]), years of school (aOR = 12.47 [5.17–30.07]), year of a pregnancy (aOR = 2.04 [1.35–3.07]) and HIV or CHB diagnosis if concerned (aOR = 2.75 [1.77–4.25] and 2.63 [1.42–4.87]). The only characteristic associated with a delayed access to HIC was the absence of a residency permit (aOR = 0.44 [0.24–0.80]).

**Table 2. Factors associated with acquisition of health insurance coverage year by year since arrival in France among men and women (mixed-effects logistic regression models).**

	Men		Women	
	N = 1008 (2667 PYR)		N = 907 (1916 PYR)	
	Univariate OR [95% CI] <sup>a</sup>	Multivariate OR [95% CI] <sup>b</sup>	Univariate OR [CI95%]	Multivariate OR [95% CI]
<b>Arrival period in France</b>				
1980–1999	1.00	1.00	1.00	1.00
2000–2012	1.55** [1.25–1.93]	1.57** [1.20–2.06]	1.58** [1.18–2.11]	1.54** [1.12–2.12]
<b>Age at arrival in France (years)</b>				
18–24	0.70* [0.54–0.90]	0.76 [0.54–1.06]	0.74 [0.54–1.03]	0.83 [0.58–1.19]
25–29	0.84 [0.66–1.08]	1.04 [0.76–1.42]	1.04 [0.78–1.39]	1.26 [0.91–1.74]
30–60	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Level of education at arrival</b>				
None/primary	1.00	1.00	1.00	1.00
Secondary	1.10 [0.89–1.37]	0.94 [0.69–1.27]	1.52* [1.12–2.07]	1.65** [1.21–2.26]
Postsecondary	1.34 [0.96–1.86]	0.62* [0.43–0.92]	2.09** [1.36–3.22]	1.38 [0.81–2.36]
<b>Place of birth</b>				
West Africa	0.97 [0.75–1.27]	/	0.76 [0.58–1.00]	1.00 [0.74–1.34]
East, central or southern Africa	1.00	/	1.00	1.00
<b>Reason for coming to France</b>				
Find work	0.70* [0.50–0.98]	0.77 [0.55–1.09]	0.73* [0.55–0.98]	0.79 [0.56–1.12]
Medical reasons	1.39 [0.86–2.26]	0.97 [0.53–1.77]	1.19 [0.74–1.94]	1.22 [0.67–2.23]
Threatened in your country	1.09 [0.74–1.59]	0.88 [0.56–1.37]	0.86 [0.55–1.36]	0.75 [0.45–1.25]
Join a family member or study	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Permit of residence<sup>o</sup></b>				
No residency permit	0.38* [0.18–0.77]	0.36** [0.18–0.72]	0.46* [0.23–0.90]	0.44* [0.24–0.80]
Temporary residence permit	1.66 [0.77–3.56]	1.87 [0.92–3.82]	2.25* [1.12–4.50]	1.83 [0.98–3.44]
Residence permit (10 years)	1.00	1.00	1.00	1.00
French nationality	3.00 [0.98–9.21]	3.15 [0.99–10.03]	4.57* [1.45–14.38]	4.84* [1.23–19.13]
<b>Housing situation<sup>o</sup></b>				
Own housing	1.00	1.00	1.00	1.00
Housed by your family	0.74 [0.54–1.03]	0.83 [0.59–1.17]	0.68* [0.47–0.97]	0.89 [0.60–1.31]
Associations	1.38 [0.50–3.85]	2.14 [0.85–5.40]	1.10 [0.49–2.49]	0.78 [0.30–2.01]
No stable housing	0.95 [0.67–1.34]	0.95 [0.65–1.38]	0.75 [0.50–1.10]	0.87 [0.57–1.33]
Migrants workers' homes	0.70 [0.48–1.01]	0.95 [0.59–1.54]	1.54 [0.59–4.03]	1.67 [0.54–5.18]
<b>Resources<sup>o</sup></b>				
Own work	1.00	1.00	1.00	1.00
From spouse or family	1.01 [0.77–1.34]	1.39 [0.90–2.15]	1.06 [0.78–1.45]	0.86 [0.56–1.33]
Government allowances	2.36** [1.36–4.11]	1.87 [0.91–3.84]	1.80 [0.99–3.26]	0.98 [0.53–1.79]
No resource	0.56* [0.38–0.84]	0.52* [0.29–0.96]	0.83 [0.54–1.29]	0.55 [0.30–1.03]
<b>Occupation<sup>o</sup></b>				
Worker	1.00	1.00	1.00	1.00
Inactive	0.89 [0.69–1.14]	0.68 [0.46–1.02]	1.27 [0.96–1.69]	1.31 [0.88–1.94]
Student	1.61 [0.89–2.93]	0.88 [0.47–1.67]	15.96** [7.64–33.33]	12.47** [5.17–30.07]
<b>Pregnancy<sup>o</sup> (of the partner for men)</b>				
Yes	1.43 [0.96–2.12]	1.23 [0.78–1.94]	2.13** [1.45–3.12]	2.04** [1.35–3.07]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Hospitalization<sup>o</sup></b>				

(Continued)



Table 2. (Continued)

	Men		Women	
	N = 1008 (2667 PYR)		N = 907 (1916 PYR)	
	Univariate OR [95% CI] <sup>a</sup>	Multivariate OR [95% CI] <sup>b</sup>	Univariate OR [CI95%]	Multivariate OR [95% CI]
Yes	3.48** [1.83–6.62]	1.77 [0.78–4.00]	4.99* [1.07–23.24]	1.24 [0.08–18.99]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Diagnosed for HIV<sup>c</sup></b>				
Yes	2.09** [1.43–3.05]	1.72* [1.10–2.69]	3.31** [2.28–4.80]	2.75** [1.77–4.25]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Diagnosed for CHB<sup>c</sup></b>				
Yes	3.33** [2.36–4.71]	3.17** [2.17–4.64]	3.03** [1.78–5.16]	2.63** [1.42–4.87]
No	1.00	1.00	1.00	1.00

Note: PYR: person-years at risk; CI, confidence interval;

\*P < 0.05.

\*\*P < 0.01.

<sup>a</sup>Odds ratio taking into account time.

<sup>b</sup>Odds ratio taking into account time and adjusted for covariate.

<sup>c</sup>Time-varying variables.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.t002>

When the same analysis was performed on the restricted database (first 3 years after the arrival in France in people who had arrived more than 3 years ago, N = 1736), the period effect was still significant. Participants who arrived after the year 2000 acquired HIC more rapidly than participants who had arrived before the year 2000 (adjusted OR = 1.57 [1.12–2.20] for men and 1.94 [1.38–2.72] for women, detailed results not shown and available on request).

### HIC interruptions

Four years after obtaining their first HIC, 7% of men and 3% of women had lost their HIC for more than a year (Fig 2).

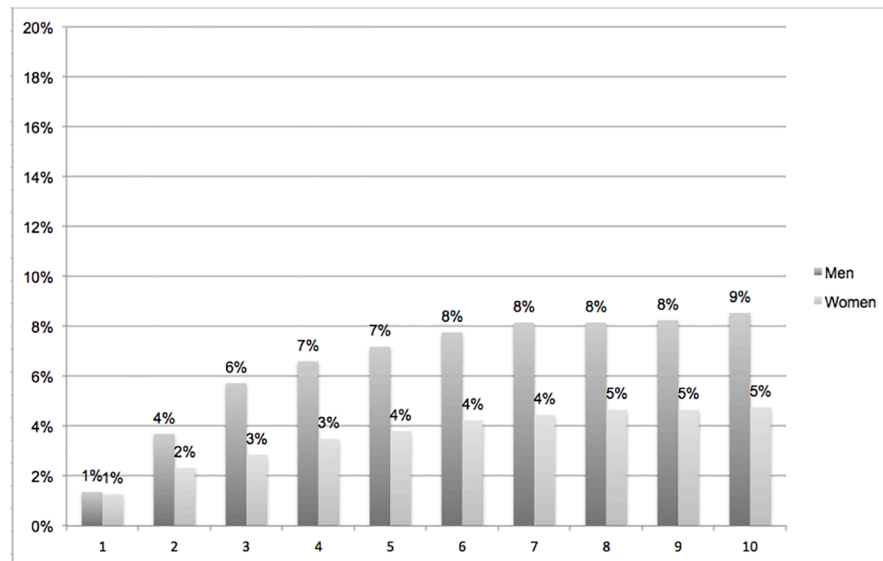
Factors associated with HIC interruption year to year in the 4 years after obtaining it among men and women are presented in Table 3. In the univariate analysis, men and women without a residency permit were more likely to have lost HIC. Men who came to France because of a medical reason, men diagnosed with HIV and women under 25 years of age on arrival in France were less at risk of losing their HIC.

In the multivariate analysis, the only characteristic that was significantly associated with interruption in HIC was the lack of a residency permit for both men and women (aOR = 4.51 [2.17–9.37] and 4.41 [1.50–12.94], respectively). Women under 25 years of age on arrival in France lost their HIC less often (aOR = 0.14 [0.03–0.64]).

Of the 84 participants who lost health insurance coverage in the four years after obtaining it, 62% (N = 49) did not have a residency permit during the year of lapsed HIC. Among them, 42% (N = 22) previously had a residency permit and had lost it.

### HIC at the time of the study

At the time of the survey, most African migrants had basic health insurance coverage (from 88.5 to 98.3% depending on the group and sex), most often the Health Insurance (Table 4). The Universal Health insurance Coverage (UHC) was often used (from 17.7 to 24.9%). The



**Fig 2. First health insurance coverage interruption by years after obtaining it (cumulative percentage, N = 1915).**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.g002>

State Medical Assistance (SMA) was more frequent in the CHB group (24.0% of men and 21.9% of women) and among men in the reference group (13.6%).

In the reference group, 11.4% of men and 5.8% of women were uninsured ( $p = 0.05$ ). This proportion was less frequent in HIV and CHB groups in both sexes ( $p < 0.01$ ). Uninsured participants arrived in France more recently (in median 2 years before vs 10 years for others,  $p < 0.001$ ) and were more often without resident permit (72.2% vs 15.7% of those with a health insurance coverage,  $p < 0.001$ ).

## Discussion

The PARCOURS survey provides original life-event data on documented and undocumented migrants living in France. This study is the first to have evaluated access to Health Insurance Coverage (HIC) among migrants year to year after their arrival in Europe. It shows that migrants from sub-Saharan Africa quickly gain access to HIC after their arrival, especially where they are in a health need. Nevertheless, this access is impaired by administrative and social insecurities.

For most migrants, access to HIC occurs in the first year after arrival in France. This finding emphasizes the positive role played by the existence of French regulations that allow health coverage for all citizens, including undocumented migrants. A comparative study of regulation regarding access to health care for undocumented migrants in European Union had placed France among the countries where access was the highest [45]. Migrants who arrived after the year 2000 were more likely to have acquired HIC early. In France, this could be related to the implementation of the UHC for unemployed persons, including asylum seekers, and of the SMA for undocumented migrants in 1999 [27]. Previously, these people could not benefit from Health Insurance system but only from incomplete social assistance granted by local authorities.

Despite this apparent good access, access to HIC for migrants is not always effective and requires knowledge of the French system and social assistance for access [20, 26, 29–31]. Majority of people who have recently arrived in France are not informed of their rights and

**Table 3. Factors associated with the loss of health insurance coverage year by year in the 4 years after obtaining it among men and women (mixed-effects logistic regression models).**

	Men		Women	
	N = 825 (3166 PYR)		N = 762 (3014 PYR)	
	Univariate OR [95% CI] <sup>a</sup>	Multivariate OR [95% CI] <sup>b</sup>	Univariate OR [CI95%]	Multivariate OR [95% CI]
<b>Age at arrival in France (years)</b>				
18–24	0.82 [0.36–1.85]	/	0.12** [0.02–0.57]	0.14* [0.03–0.64]
25–29	1.59 [0.80–3.17]	/	0.48 [0.14–1.69]	0.54 [0.16–1.77]
30–60	1.00	/	1.00	1.00
<b>Reason for coming to France</b>				
Find work	0.97 [0.48–1.97]	0.71 [0.33–1.53]	1.00 [0.24–4.18]	0.51 [0.15–1.81]
Medical reasons	0.12* [0.02–0.97]	0.12 [0.02–1.03]	3.24 [0.52–20.16]	1.14 [0.24–5.45]
Threatened in his/her country	0.42 [0.32–2.24]	0.87 [0.32–2.35]	5.28* [1.37–20.39]	3.08 [0.91–10.41]
Join a family member or study	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Residence permit<sup>c</sup></b>				
Lack or loss of the resident permit	4.36** [2.20–8.63]	4.33** [2.10–8.92]	5.44** [1.55–19.11]	5.32** [1.68–16.89]
Have a residence permit or French nationality	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Diagnosed for HIV<sup>d</sup></b>				
Yes	0.34* [0.13–0.88]	0.58 [0.22–1.53]	0.59 [0.20–1.70]	/
No	1.00	1.00	1.00	/
<b>Diagnosed for CHB<sup>e</sup></b>				
Yes	1.26 [0.62–2.55]	/	1.66 [0.26–10.45]	/
No	1.00	/	1.00	/

Note: PYR: person-years at risk; CI, confidence interval;

\*P < 0.05.

\*\*P < 0.01.

<sup>a</sup>Odds ratio taking into account time.

<sup>b</sup>Odds ratio taking into account time and adjusted for covariate.

<sup>c</sup>Time-varying variables.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.t003>

existing HIC for undocumented migrants. In the Doctors of the World medical centres, only 14.2% of people who can theoretically benefit from health cover have open rights [29]. They could also be afraid to interact with the institutions for fear to be arrested and held in detention. Among the consultants without residence permit, 35% declare to limit their movements for fear of being arrested and nearly one in four missed an address to access the rights [29].

**Table 4. Basic health insurance coverage at the time of the survey by sex and by study group—ANRS PARCOURS study.**

	Men				Women			
	Ref. group	HIV	CHB		Ref. group	HIV	CHB	
	N = 265	N = 285	N = 458	P value	N = 282	N = 464	N = 161	P value
Health Insurance (HI)	56.1	68.2	54.5	<0.001	60.6	69.2	54.1	0.002
Universal Health insurance Coverage (UHC)	18.8	20.6	17.7		24.9	22.5	21.1	
State Medical Assistance (SMA)	13.6	7.2	24.0		8.8	6.6	21.9	
None	11.5	4.0	3.8		5.8	1.7	2.9	

Note: Weighted percentages; P value: design-based x2 test comparison of proportion comparison across groups; CHB, chronic hepatitis; Ref. group, reference group.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192916.t004>

According to the Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants and NGOs, thousands of undocumented migrants in France do not have the SMA coverage to which they are entitled [12, 27, 29, 30, 46]. The main reasons cited include uneven interpretation and implementation of the law across the different social security desks, undocumented migrants' lack of awareness of the law, lack of acceptable identification documents or adequate evidence regarding residency requirements, language barriers and the fear of being arrested. The defender of rights, that is an independent constitutional authority, has also documented many barriers to rights in France [30]. It noted, in particular, that social security desks sometimes require excessively restrictive entitlement conditions and request for unjustified documents. Institutional barriers to access have also been reported by French NGOs [29, 47]. These practices can thus be interpreted as a way of limiting the goals of the law. One of the reasons put forward by the desks for this practice is the fight against fraud. These administrative practices and abuses are variable in the territory and could be corrected through training and control.

As described before, newly arrived migrants often go through an extended period with hardships (lack of residency permit, economic resources, and housing) in France [4, 43]. Half of the women did not obtain their first valid, one-year residency permit until their third year in France, and half of men obtained this permit in their fourth year. When they obtain a residency permit, it is often a temporary permit that could be not renewed the year after. The Parcours study shows that the absence of a residency permit delayed the acquisition of HIC and was the main reason for HIC lapse. Undocumented migrants cannot benefit SMA in the first three months after their arrival in France and do not always access their rights beyond as has been described above. It is also important to note that the major French surveys addressing the issue of access to care systematically exclude undocumented migrants because of research legislation. This results shows the effect of the management of residence permits with delays and interruptions linked to the immigration policy. The lack of financial resources is also an obstacle to access HIC in men, once again emphasizing the weight of social and administrative insecurity in the access to care. Thus, despite the introduction of UHC and SMA for unemployed and undocumented migrants residing in France, illegal stay and financial hardship remain barriers to access to care.

During this hardship period, health is not a priority and access to the legal rights for medical assistance are often restricted to situations where there is an acute health concern and/or severe illness. Thus, contacts within the health care system, particularly at the time of diagnosis or complication related to HIV or CHB infections, pregnancy and hospitalization, promote health coverage. Due to a need for care, contacts within the health system facilitate access to social assistance and therefore make effective the health coverage rights provided by law. Furthermore, HIV diagnosis allows applying for a residency permit for health reasons. This may play a role in better access to HIC. In addition, there is no restriction to access to care in the case of pregnancy in France.

Among women, the level of education and current student status appear to be factors favouring HIC. This trend was described elsewhere and particularly in another large French study, where education and incomes appear to be the most important drivers of inequalities between French and immigrant populations in the propensity to access a medical specialist [20, 48].

The lack of basic health insurance coverage at the time of the study is more frequent in the reference group, among participants recently arrived and without resident permit. This confirms that despite the right to State Medical Assistance for undocumented migrants in France, some do not apply.

This study is limited by focusing on patients who are engaged in care. The distribution of Health Insurance Coverage for migrants in care may be different from that of persons not in care. Additionally, our findings may not be generalized to all HIV or CHB patients and care settings since it was conducted only in the Paris metropolitan area. However, 60% of sub-Saharan migrants in France live in the Paris area and our sample is highly diversified, with patients having a variety of demographic and clinical characteristics.

## Conclusions

In conclusion, the French social security system provides quick access to Health Insurance Coverage for the majority of immigrants arriving in France. This access is facilitated by the existence of the Health Insurance and, since 2000, by the existence of the Universal Health insurance Coverage and the State Medical Assistance. However, despite a system built to facilitate access to care for all, including undocumented migrants, socioeconomic and residency permit insecurity remain as barriers to full access. At the time of questioning of the French social model in the context of the increasing arrival of refugees, vigilance is essential to continue to secure their access to HIC, which is a condition for access to care. In particular, it is a priority to maintain the State Medical Assistance and the complementary Universal Health insurance Coverage, or better to merge it into the Health Insurance. This is all the more important as the benefit of the UHC also concerns, beyond migrants, all people in precarious situations in France. It is also important to develop actions to facilitate access to rights and care for newly arrived migrants. This is of particular interest for migrants living with HIV or CHB to improve early diagnosis, linkage to and retention in care. This is in line with the individual and public health benefits associated with HIV care and treatment: improved health outcomes and reductions in transmission risks. It is also essential to homogenize European policies to achieve the United Nations goal of universal health coverage.

## Supporting information

### **S1 Text. French health protection system.**

(DOCX)

### **S2 Text. Stata do file.**

(DOCX)

### **S1 Table. Health coverage database.**

(XLSX)

## Acknowledgments

The authors would like to thank all the people who participated in the study, the RAAC-Sida, COMEDE, FORIM and SOS hepatitis associations for their support in preparing and conducting the survey, Géraldine Vivier, Eva Lelièvre (INED) and Anne Gervais (AP-HP) for their support in preparing the questionnaire, A Guillaume for the communication tools, ClinSearch and Ipsos for data collection, Pierre Chauvin for the discussion of the results, and staff at all participating centres.

Participating centres and investigators:

HIV group: Hôpital intercommunal de Créteil, service de Médecine Interne (I Delacroix, B El Harrar V Garrait, L Richier); CHU le Kremlin Bicêtre, service de Médecine Interne (K Bourdic, M Duracinski, C Goujard, Y Quertainmont, D Peretti); Hôpital Delafontaine, service de Maladies Infectieuses (MA Khuong, J Krause, M Poupard, B Taverne, G Tran Van); Hôpital

Tenon, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (A Adda Lievin, P Bonnard, H Cordel, MG Lebrette, FX Lescure, P Thibault, N Velazquez, JP Vincensini); CHU Lariboisière, service de Médecine Interne A (JF Bergmann, E Badsì, J Cervoni, M Diemer, A Durel, P Sellier, M Bendenoun, JD Magnier); CHU Saint-Antoine, service de Maladies Infectieuses et Tropicale (E Bui, J Tredup, P Campa, N Desplanque, M Sebire); Hôpital Saint-Louis, services de Maladies Infectieuses et Tropicale et d'Immunologie Clinique (D Ponscarne, N Colin de Verdière, V de Lastours, J Gouguel, C Gatey, C Lascoux-Combe, V Garrait, F Taieb, N De Castro, L Gérard); Hôpital Bichat Claude Bernard, service de Maladies Infectieuses, VIH, et Tropicales (G Pahlavan, B Phung, F L'Heriteau, A Dia, A Lepretre, G Morau, C Rioux, V Joly, Y Yazdanpanah, S Legac); Hôpital René Dubos, service de Médecine Interne Dermatologie (L Blum, M Deschaud); Hôpital Européen George Pompidou, service d'Immunologie Clinique (M Buisson, P Kousignian, C Minozzi, M Karmochkine, D Batisse, J Pavie, M Eliaczewicz, L Weiss, G Gonzalez, P Castiel, I Pierre, M Beumont, D Jayle, J Derouinau, M Manea, E Bourzam); CHU Avicenne, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (S Abgral, S Mattioni, R Barruet, N Sayre, O Bouchaud, M Tatay, M Gousseff, F Mechai, T Kandel, P Honoré, M Coupard); CHU Cochin Tannier, service d'unité Fonctionnelle de Pathologie Infectieuse (F Bani-Sadr, L Belarbi, G Spiridon, T Tahì, H Mehawej, D Salmon, B Silbermann, A Calboreau, P Loulergue, H Bouchez, V Le Baut, MP Pietri); Centre hospitalier de Gonesse, service de Médecine Interne (D Trois-Vallets, V Favret); Hôtel Dieu, Centre de Diagnostic et de Thérapeutique (JP Viard, A Sobel, J Gilquin, A Cros, A Maignan); CHI Poissy/Saint-Germain-en-Laye, service de Maladies Infectieuses et Tropicales (Y Welker, H Masson, B Montoya, JL Ecobichon); CH de Lagny Marne la Vallée, service de maladies infectieuses (E Froguel, P Simon, MS Nguessan, S Tassi); Nouveau Centre Hospitalier Sud Francilien, service d'Hématologie Clinique (A Devidas, L Gerard, H Touahri); CHI Robert Ballanger, service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses (JL Delassus, MA Bouldouyre, V Favret); Hôpital Intercommunal André Grégoire, service de Médecine Interne (C Winter); CHU La Pitié-Salpêtrière, services de Médecine Interne 1 et de Maladies Infectieuses et Tropicales (S Pelletier, MC Samba, S Herson, A Simon, M Bonmarchand, N Amirat, N Smail, S Seang, H Stitou, L Schneider, R Tubiana, L Epelboin, MA Valantin, C Katlama, S Ben Abdallah, P Bourse, Y Dudoit, C Blanc); Centre Médical Institut Pasteur, consultations spécialisées (C Charlier-Woerther, O Lortholary, PH Consigny, A Gergely, M Shoai-Tehrani, G Cessot, C Duvivier, F Touam, K Benhadj); CMC de Bligny, service de Maladies Infectieuses et VIH (H Ait Mohand, E Klement, P Chardon).

Chronic Hepatitis B group: Hôpital Beaujon, service d'Hépatologie (A Pumpo, T Asselah, N Guilly, N Boyer, F Mouri, C Castelnaud, M Pouteau); Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne (T Poynard, Y Benhamou, G Bonyhay, P Lebray, J Massard, J Moussali, V Ratzu, M Rudler, D Thabut, R Pais, E Luckina, A Simon, MC Samba, S Pelletier, N Smail); Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatobiliaire (JC Duclos Vallée, D Samuel, A Coilly); CHU Henri Mondor, service d'Hépatologie (F Roudot-Thoraval, C Hezode, E Lopes); Hôpital Jean Verdier, service d'Hépatogastroentérologie (V Bourcier, N Ganne, P Nahon, J Cohelo, JC Trinchet, G Gnkontchou, V Grando, S Brulé); Hôpital Cochin, unité d'Hépatologie (P Sogni, H Fontaine, V Mallet, S Tripon, A Vallet Pichard, S Pol, M Corouge, M Benazra, A Noble, L Bousquet); Hôpital Saint-Antoine, service d'Hépatogastroentérologie (D Mohand, L Serfaty, N Carbonell, C Corpechot, M Lequoy, H Mathiex-Fortunet, A Pascale, O Rosmorduc, O Chazouillères, S Mezhoud, T Andreani, H Regnault, A Poujol-Robert, F Benjelloun); Hôpital Gouin, service d'Hépatogastroentérologie (S Levy); Hôpital Avicenne, services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses (D Roulot, U Warzocha, C Cambonie, O Bouchaud, F Mechai, M Gousseff, N Vignier, T Kandel, P Honore); CH de Lagny Marne La Vallée, service de Gastroentérologie (F Harnois, G Macaigne, K Fernandes); Hôpital Lariboisière, services de Médecine Interne et d'Hépatogastroentérologie (JF Bergmann, P

Sellier, M Bendenoun, JD Magnier, V Ozenne); Hôpital Tenon, services d'Hépatogastroentérologie et de Maladies Infectieuses (D Ancel, I Popa-Gregoriou, F Amiot, A Garioud, JD Grangé, D Chaslin-Ferbus, S Gil-Diez, P Bonnard, MG Lebrette, H Cordel, FX Lescure, JP Vincensini, A Adda Lievin, P Thibault, N Velazquez); Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, service d'Hépatogastroentérologie (S Barge, I Rosa, L Costes, L Richier); Réseau ARES 92 (A Seif, C Chandemerle, M Lalande, T Mazars); Réseau Paris Nord (JP Aubert, O Taulera); Centre de santé du Comede (I Alix, F Fleury, O Lefebvre, P Revault, M Petruzzi, C Menard).

Référence group: Centre municipal de santé Gentilly (JJ Bourcart); PASS Hôpital Saint-Louis (C Georges, M Andlauer, Y Girardeau, F Tapié de Celeyran, P Bordon, N Dardel, D Levy, O Taulera, ML Pintir Rageau, S Dehaut); PASS Hôpital Lariboisière (C Aparicio, U Loeung, C Toussaint); PASS Hôpital Saint-Antoine (V Vasseur, A Andel, O Cha, P Xu, V Sivalingam, I Hiesse, S Ouaret, L Zahzam, E Bui); PASS hôpital La Pitié-Salpêtrière (E Baut, MA Temple, A Gillet, C Leata, J Legoff); Centre médical et dentaire Henri Barbusse-Gagny (F Jardin, E Jean Baptiste); Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (E Corp, J Nau, B Chatelin, P Weeger, N Hervier, L Lacroze); Centre municipal de santé Colombes (L Ballonard, A. Seif); Centre médico-social COMEDE (I Alix, F Fleury, O Lefebvre, P Revault, M Petruzzi, C Menard); Centre médico-social Fresnes (Y Chahan, J Prost); Centre médico-social Livry-Gargan (D Spindler, L Rodin Zita, Nguyen, K Dambielle); Centre médico-social Ambroise Croizat Franconville (P Bourlier, P Zaidi); Centre médico-social Mai-Politzer Arcueil (F Block); Centre de santé Françoise Dolto Tremblay-en-France (N Bessah); Centre médico-social Fontenay aux roses (G Barbier, G Pilorget, N Touazi); Centre Polyvalent de Santé Aimé Césaire Bobigny (F Rouges, C Chalal); Centre médical Pierre Rouques Villejuif (L Cavanna, A Sabah, M C Charansonnet, G Ibanez); Centre de santé C.P.A.M. Choisy-le-Roi (M Lesourd); Centre municipal de santé Issy-les-Moulineaux (M Orbach-Roulière, JP Vilanova); Centre médical Elio Habib—Paris (M Smadja, E Rozenkier); Centre de santé Pierre Rouquès Le Blanc-Mesnil (C Vincent, V Bontemps, A Ngaleu, F Bensidhoum); Centre de santé Centre médico-social JA Dolidier Pierrefitte (M Gharmaoui, B Hubert-Andreani, V Vinçon, K Royer, S Vernerey-Martin, C Meunier, S Djouhri, V Ngadjeu); Centre médico-social Maurice Ténine Champigny-sur-Marne (F Villebrun, D Soletchnik, M Deroche, S Henry, M Geminel, C Tison, M Dupuy, E Balgone); Centre municipal de santé Nanterre (M Esteve, C Terra, Charles, L Rossignol, C Bismuth, G Gillemot, M Vanbana); Centre de santé Henri Barbusse Saint-Ouen (M Djouab, G Lyon, F Ogier, J.Gelly); Centres de santé Savattero Montreuil (P Vidigal, A Gibier, A Simonnet-Richard, C Alvarez-Malgras); Dispensaire C.R.F. Boulogne Billancourt (C Dufresne, B Huault, I Cornuche); Centre municipal de Santé Louis-Fernet Sevran (H Touitou, S D'Epiro, F Michard, N Guesnier, F Siecat); Centre médico-social Haxo Paris (N Pinard, H Gaborieau); Centre médico-social Pierre Rouques Vitry-sur-Seine (A Beaupin, G Albouy, C Besacier, A Soares, J Le Breton).

The PARCOURS Study Group included A.D.L., F.L., R.D.-S., N.B., N.L. (scientific coordinators), J.P., A.R., A.G., N.V., Elise Rodary, Dolorès Pourette, Joseph Situ, Pascal Revault, Philippe Sogni, Julien Gelly, Yann Le Strat, Nicolas Razafindratsima.

## Author Contributions

**Conceptualization:** Annabel Desgrées du Loû, France Lert, Nathalie Lydié, Rosemary Dray Spira.

**Data curation:** Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Goselin, France Lert, Nathalie Lydié, Rosemary Dray Spira.

**Formal analysis:** Nicolas Vignier, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, Rosemary Dray Spira.

**Funding acquisition:** Annabel Desgrées du Loû, France Lert, Nathalie Lydié, Rosemary Dray Spira.

**Investigation:** Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier, Anne Gosselin, France Lert, Rosemary Dray Spira.

**Methodology:** Nicolas Vignier, Annabel Desgrées du Loû, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, France Lert, Rosemary Dray Spira.

**Project administration:** Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier, Anne Gosselin, France Lert, Rosemary Dray Spira.

**Supervision:** Annabel Desgrées du Loû, France Lert, Nathalie Lydié, Olivier Bouchaud, Rosemary Dray Spira.

**Validation:** Nicolas Vignier, Annabel Desgrées du Loû, Anne Gosselin, France Lert, Olivier Bouchaud.

**Writing – original draft:** Nicolas Vignier.

**Writing – review & editing:** Nicolas Vignier, Annabel Desgrées du Loû, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, France Lert, Olivier Bouchaud.

## References

- Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med.* 2011; 8(5):e1001034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034> PMID: 21629681.
- UN. International migration report 2015. New York: United Nations, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division., 2016 Contract No.: ST/ESA.SER.A/384.
- Hanefeld J, Vearey J, Lunt N, Researchers on Migration M, Health G. A global research agenda on migration, mobility, and health. *Lancet.* 2017; 389(10087):2358–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31588-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31588-X) PMID: 28635599.
- Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelievre E, Lert F, Dray Spira R, Lydie N, et al. How long do sub-Saharan migrants take to settle in France? *Population et societies.* 2016; 533:1–4.
- Simon J, Kiss N, Laszewska A, Mayer S. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Copenhagen2015.
- De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Copenhagen2015.
- Vazquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, Porthe V, Lopez-Fernandez LA, Vargas H, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health policy.* 2016; 120(4):396–405. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011> PMID: 26898401.
- Derose KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev.* 2009; 66(4):355–408. <https://doi.org/10.1177/1077558708330425> PMID: 19179539.
- Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *J Immigr Minor Health.* 2010; 12(1):132–51. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9280-5> PMID: 19657739.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013; 381(9873):1235–45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8) PMID: 23541058.
- Schepers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006; 23(3):325–48. [https://doi.org/10.1093/fampra/23\(3\)325](https://doi.org/10.1093/fampra/23(3)325) PMID: 16476700.



12. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2012; 33:1–12. PMID: [23289160](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23289160/).
13. Dourgnon P, Jusot F, Silva J, Sermet C. Immigrants' access to ambulatory care in France. *Questions d'économie de la santé*. 2009; 146.
14. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*. 2011; 11:560. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-560> PMID: [21752296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21752296/).
15. Deville W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, et al. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*. 2011; 11:699. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-699> PMID: [21914194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21914194/).
16. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:154. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-154> PMID: [21711562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21711562/).
17. Woodward A, Howard N, Wolfers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. 2014; 29(7):818–30. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061> PMID: [23955607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23955607/).
18. Agudelo-Suarez AA, Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Perez E. A meta-synthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:461. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-461> PMID: [23245431](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245431/).
19. Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, Williams C, Ali R, Sullivan R, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. *Lancet*. 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8) PMID: [27236345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27236345/).
20. Berchet C. [Health care utilisation in France: an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013; 61 Suppl 2:S69–79. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.001> PMID: [23684103](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684103/).
21. Sommers BD, Gunja MZ, Finegold K, Musco T. Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act. *JAMA*. 2015; 314(4):366–74. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8421> PMID: [26219054](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26219054/).
22. Lillie-Blanton M, Hoffman C. The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care. *Health affairs*. 2005; 24(2):398–408. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.398> PMID: [15757923](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757923/).
23. WHO. Global health and foreign policy. 2012.
24. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: United Nations, editor. New York 2015.
25. WHO. Resolution 61.17: health of migrants. Geneva: World Health Assembly, 2008.
26. Nay O, Bejean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet*. 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00580-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00580-8) PMID: [27145707](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145707/).
27. Andre J-M, Azzedine F. Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews*. 2016; 37(5).
28. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to health care for undocumented migrants in Europe. PICUM, 2007.
29. Chappuis M, Tomasino A, Didier E. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecin du Monde. Rapport 2015. [Observatory of access to rights and care of the France mission of Médecin du Monde. Report 2015.]. Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2016.
30. Le défenseur des droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France. [The fundamental rights of foreigners in France]. Paris: Le défenseur des droits, 2016.
31. Comede. Rapport 2017 du Comede. Activité 2016 [2017 Report of the Comede. Activity 2016]. Le Kremlin Bicêtre: Comede, 2017.
32. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010; 10(10):682–7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70167-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70167-5) PMID: [20832367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20832367/).
33. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Prevalence of hepatitis B and C in France in 2004]. Institut de veille sanitaire, 2007.

34. Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, Westfall AO, Ulett KB, Routman JS, et al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2009; 48(2):248–56. <https://doi.org/10.1086/595705> PMID: [19072715](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19072715/).
35. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365(6):493–505. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243> PMID: [21767103](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21767103/).
36. Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. [Delayed access to care, precariousness and vulnerability of HIV-positive women]. *Med Sci (Paris)*. 2008; 24 Spec No 2:144–50. <https://doi.org/10.1051/medsci/2008242s144> PMID: [18681131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18681131/).
37. McManus KA, Rhodes A, Bailey S, Yerkes L, Engelhard CL, Ingersoll KS, et al. Affordable Care Act Qualified Health Plan Coverage: Association With Improved HIV Viral Suppression for AIDS Drug Assistance Program Clients in a Medicaid Nonexpansion State. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2016; 63(3):396–403. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw277> PMID: [27143661](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27143661/).
38. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005; 19 Suppl 2:S67–72. PMID: [15930843](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930843/).
39. Antoine P, Bry X, Diouf PD. La fiche "AGEVEN": un outil pour la collecte des données rétrospectives [The "AGEVEN" sheet: a tool for retrospective data collection]. *Techniques d'Enquête*. 1987; 13(2):173–81.
40. Glasner T, van der Vaart W. Applications of calendar instruments in social surveys: a review. *Qual Quant*. 2009; 43(3):333–49. <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9129-8> PMID: [20046840](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20046840/).
41. Belli RF. The structure of autobiographical memory and the event history calendar: potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys. *Memory*. 1998; 6(4):383–406. <https://doi.org/10.1080/741942610> PMID: [9829098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9829098/).
42. Vanhoutte B, Nazroo J. Life-history data. *Public Health Res Pract*. 2016; 26(3). <https://doi.org/10.17061/phrp2631630> PMID: [27421342](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27421342/).
43. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*. 2016; 30(4):645–56. PMID: [26558722](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26558722/).
44. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill*. 2015; 20(46). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065> PMID: [26607135](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26607135/).
45. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012; 22(2):267–71. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049> PMID: [21659389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21659389/).
46. Duguet AM, Beviere B. Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. *Eur J Health Law*. 2011; 18(1):27–35. PMID: [21409970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21409970/).
47. Comede. Rapport 2016 du Comede, Synthèse de l'activité 2015. [2016 Report of the Comede, Synthesis of activity 2015]. Kremlin Bicêtre: Comede, 2016.
48. Assaf S, Campostrini S, Di Novi C, Xu F, Gotway Crawford C. Analyzing disparity trends for health care insurance coverage among non-elderly adults in the US: evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1993–2009. *Eur J Health Econ*. 2016. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0806-1> PMID: [27241187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27241187/).

## **CHAPITRE 2. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE UNIVERSALISTE, MAIS DES BARRIERES A L'ACCES AUX SOINS ENCORE TROP NOMBREUSES**

Ce deuxième axe d'analyse visait à évaluer les barrières à l'accès aux soins persistantes chez les immigrés en France malgré l'existence d'un système de santé ayant une ambition d'accès universel. Il s'est intéressé en particulier aux refus de soins dont pouvait avoir fait l'objet certains immigrés, en particulier quand ils vivaient avec le VIH, et aux renoncements aux soins pour raison financière à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours et du Baromètre santé 2010.

### **1. Des refus de soins en lien avec le type de couverture maladie et l'infection par le VIH**

Les personnes incluses dans l'enquête ANRS-Parcours ayant répondu à la question sur le refus de soins ont été sélectionnées. Au total, 2459 personnes ont été incluses dans l'analyse (922 dans le groupe VIH, 777 dans le groupe HBC et 760 dans le groupe de référence). Les caractéristiques sociodémographiques ont été décrites en fonction du sexe et du groupe. Les fréquences des expériences de refus de soins depuis l'arrivée en France en fonction du lieu (médecine générale, hôpital et pharmacie) et ses motifs (couverture maladie, VIH, etc.) sont détaillés par sexe et par groupe.

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les facteurs associés aux expériences de refus de soins. Sept participants ont été exclus en raison de données manquantes sur les co-variables. Étant donné les spécificités d'accès au système de santé en fonction du sexe, cette analyse a été stratifiée par sexe et cumulait ainsi 1260 hommes et 1191 femmes. Les trois groupes ont été analysés ensemble afin de pouvoir analyser l'effet propre de l'infection par le VIH et l'HBC sur les expériences de refus de soins. La richesse des indicateurs disponibles dans le questionnaire de l'enquête ANRS-Parcours permettait un ajustement fin sur les conditions sociales. En revanche, l'expérience de refus de soins vécue depuis l'arrivée en France n'étant pas datée dans le temps, il n'a pas été possible de la mettre en regard la situation précise l'année où ce

refus est survenu. Pour pallier à cette limite, des indicateurs globaux ont été construits pour identifier les participants étant déjà restés au moins un an sans titre de séjour, sans logement stable ou sans couverture maladie. La majorité des participants déclarant un refus de soins déclaraient que ce dernier était lié au type de couverture maladie dont ils bénéficiaient. Il aurait ainsi été utile de pouvoir construire un indicateur dépendant du temps précisant le fait d'avoir été bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME chaque année, ou au moins une fois depuis l'arrivée en France. Cependant, le type de couverture maladie n'était disponible qu'au moment de l'enquête. C'est donc cette dernière variable qui a été incluse dans l'analyse à défaut d'un indicateur historique.

Ce travail a fait l'objet d'un article publié dans la revue *European Journal of Public Health* en 2018 et d'une correspondance publiée dans le *Lancet Public Health* (Vignier, Dray Spira et al. 2018, Vignier, Dray Spira et al. 2018) :

- Vignier N., Dray Spira R, Pannetier J., Ravalihasy A., Gosselin A, Lert F, Lydie N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants living in the Paris region : a comparison according to their HIV or HBV status. *European Journal of Public Health* 2018. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky118> (reproduit ci dessous)
- Vignier N., Dray Spira R, Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P, and the PARCOURS Study Group. Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France. *Lancet Public Health* 2018;3(1):e12. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30246-3.

Et de deux communications affichées à l'International AIDS Conference on HIV à Paris et à la Migration Health ESCMID course à Palerme en 2017 :

- Vignier N., Chauvin, P., Pannetier J., Ravalihasy A., Lert F., Lydié N., Bouchaud O., Desgrées du Loû A., Dray-Spira R. and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants living in the Paris region : a comparison according to their HIV or HBV status. 9th IAS Conference on HIV Science. Paris. 24 July 2017. [DOI 10.13140/RG.2.2.29052.44163](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29052.44163)
- Vignier N., Chauvin, P., Pannetier J., Ravalihasy A., Lert F., Lydié N., Bouchaud O., Desgrées du Loû A., Dray-Spira R. and the ANRS-Parcours Study group. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants living in the Paris region: a comparison according to their HIV or HBV status. ESCMID – UNESCO Postgraduate course in "Migration Health". Palerme. 1st - 4th October 2017

Ce travail a montré que les expériences de refus de soins concernaient une partie des immigrés subsahariens, en particulier quand ils étaient ou avaient été bénéficiaires de la CMU/CMU-C ou de l'AME. Les personnes vivant avec le VIH étaient deux fois plus exposées aux refus de soins probablement en lien avec des discriminations subies. La séropositivité pour le VIH et la couverture maladie (avoir été au moins un an sans couverture maladie pour les hommes et être bénéficiaire de la CMU/CMU-C ou de

l'AME au moment de l'enquête pour les femmes) étaient les principaux facteurs associés avec les refus de soins dans cette analyse. Une association a également été observée en univarié chez les hommes arrivés plus récemment en France (depuis 2000), probablement en lien avec l'implémentation de la CMU et de l'AME cette même année.

Article publié dans la revue *European Journal of Public Health* :

# Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status

Nicolas Vignier<sup>1,2</sup>, Rosemary Dray Spira<sup>1</sup>, Julie Pannetier<sup>3</sup>, Andrainolo Ravalihasy<sup>3</sup>, Anne Gosselin<sup>3</sup>, France Lert<sup>4</sup>, Nathalie Lydie<sup>5</sup>, Olivier Bouchaud<sup>6</sup>, Annabel Desgrees Du Lou<sup>3</sup>, Pierre Chauvin<sup>1</sup> and the PARCOURS Study Group\*

- 1 Department of Social Epidemiology, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP), Sorbonne Université, Paris, France
- 2 Department of Infectious and Tropical Diseases, Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, Sorbonne Université, Melun, France
- 3 Santé, vulnérabilité et relations de genre (Sagesud), Sorbonne Paris Cités, IRD, CEPED, ERL INSERM 1244 SAGESUD, Université Paris Descartes, Paris, France
- 4 Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP-U 1018), INSERM, Université Paris Sud, Villejuif, France
- 5 Direction de la prévention et de la promotion de la santé-Unité Santé sexuelle, Santé Publique France, French National Agency of Public Health, Saint-Maurice, France
- 6 Department of Infectious and Tropical diseases, and Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412), Paris 13 University, Avicenne Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Bobigny, France

**Correspondence:** Nicolas Vignier, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale (Department of Social Epidemiology), Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP), Université Pierre et Marie Curie Paris 6 (UPMC Univ Paris 06), UMRS 1136, Faculté de médecine Saint-Antoine, 27 rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France, Tel: +00 33 1 78 94 98 74, Fax: +00 33 1 78 94 98 79, e-mail: vigniernicolas@yahoo.fr

\* Membership of the PARCOURS Study Group is provided in the Acknowledgements.

**Background:** In this study, we aim to measure and compare the frequency of reported denial of care in sub-Saharan African migrants living in the Paris area, according to their HIV and HBV status and social and migration characteristics. **Methods:** The ANRS-PARCOURS study is a life-event survey conducted in 2012–13 in healthcare facilities in the Paris area, among three groups of sub-Saharan migrants recruited in primary care centres ( $N=760$ ; reference group), in dedicated centres for HIV care ( $N=922$ ; HIV group) and in centres for chronic hepatitis B care ( $N=777$ ; CHB group). Characteristics associated with refusal of care since arrival in France were identified using a logistic regression model. **Results:** Compared to the reference group (6%,  $P<0.001$ ), the reported refusal of care was twice as high in the HIV group (12%) and the CHB group (10%). In the multivariate analysis, men and women living with HIV were at greater risk of being denied care (aOR=2.20[1.14–4.25] and 2.24[1.25–4.01]). Women covered by the specific health insurance (HI) for precarious or undocumented migrants were also at higher risk (aOR=2.07[1.10–3.89] and 2.69[1.18–6.10], respectively). The risk was also increased in men who remained for at least one year without permit of residence or without HI and among those who were threatened in their country. **Conclusion:** Refusals to provide healthcare are frequent and deleterious situations especially for migrants living with HIV. Health decision makers, public insurance bodies and health professional councils must address this issue to improve equity in the healthcare system.

## Introduction

In many countries of the European Union, public healthcare systems have a principle of universality.<sup>1</sup> However, these systems all have blind spots that lead to refusal of care for the poor or for undocumented migrants in connection with lack of established rights, fees that people cannot pay or by discriminatory behaviour.<sup>2,3</sup> Existing evidence from different European countries highlights the difficulties in accessing health services that migrants face.<sup>2,4–7</sup> Refusal to provide care to migrants has recently emerged as a preoccupation in France<sup>8</sup> and can have serious health consequences, especially in the case of chronic illnesses, such as HIV or chronic hepatitis B (CHB). Even if the French law prohibits any care refusal and bans any discrimination according to the type of healthcare coverage, in some situations, testing surveys have shown that two categories of patients are frequently denied care in France: the poor people with dedicated health insurance (HI) coverage (see below) and people living with HIV (PLWHIV),<sup>8,9</sup> two population groups where migrants are over-represented. Preliminary results from this study

also suggested higher risk of denial of care among migrants living with HIV.<sup>10</sup>

Refusals to provide care to people with HIV have been reported in several high-income countries, but their frequency remains poorly documented in Europe.<sup>9,11–14</sup> Some authors reported that such refusals appear to be motivated by discriminatory reasons or fear of contracting HIV.<sup>11,13,15</sup> In France, one of the population groups most affected by HIV is sub-Saharan African heterosexual men and women, which is often combined with factors of social vulnerability. The concept of social vulnerability refers to a condition or process resulting from social, economic and environmental factors, leading to being more easily socially disadvantaged and exposed to health problems.<sup>16</sup> Refusals to provide care to poor or vulnerable patients have also been described in France.<sup>17</sup> The common law public system has been supplemented by two specific insurance schemes to obtain universal healthcare coverage for the whole population. Indeed, in 1999, Universal Health Insurance Coverage (UHC) was created for those who were previously excluded from HI (mainly the poor people who were not yet covered)<sup>1</sup> and the State Medical

Assistance (SMA) programme for undocumented migrants.<sup>18</sup> These two specific schemes make healthcare completely free for the patients: professionals are forbidden to ask for extra billing and are paid directly by the funds on a flat rate basis. Some professionals more frequently deny the beneficiaries of these two specific schemes (who reported being paid with serious delays, did not want to practice without overbilling, and/or denounced an alleged waste from these non-paying patients).<sup>17,19</sup>

Refusal of care in France and in Europe has been poorly studied, especially in the field of chronic illnesses, such as HIV and CHB, and specifically in migrant populations. Some works have underlined the presence of the refusal of care in migrant populations in France and/or in Europe.<sup>20,21</sup>

Using the data from a large survey of people from sub-Saharan Africa living in the Paris region with or without HIV or CHB, we aimed to assess the frequency of reported healthcare refusal and to study its determinants according to HIV and CHB status and social situation.

## Methods

### Study design and participants

The PARCOURS study is a retrospective quantitative life-event survey conducted from February 2012 to May 2013 in healthcare facilities in the Paris metropolitan area (Ile-de-France), among three groups of migrants born in sub-Saharan Africa: one group of people who visited primary care centres for any reason (reference group), one group followed for HIV infection in dedicated HIV centres (HIV group) and one group with CHB without concomitant HIV infection, who were followed in dedicated CHB centres (CHB group). Recruitment occurred in 30, 24 and 20 facilities, respectively (i.e. 74 health facilities in total) that were randomly selected from the three correspondingly exhaustive lists of facilities in the Paris region. Reference group recruitment took place in 24 public health centres, in four 'Permanences d'Accès aux Soins de Santé' (PASS) healthcare access departments<sup>22</sup> and in two NGO's Health centre for migrants (*Médecins du Monde* and *Le Comede*).<sup>23,24</sup> The main reasons for consultation in the reference group were an acute problem or a chronic illness.<sup>25</sup> The detailed methodology of the study and the sampling is presented on the Adisp's website at this address: <http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-1195>.

Patients were eligible if they were born in sub-Saharan Africa, aged 18–59, and diagnosed at least three months prior to inclusion for the HIV and CHB groups, and for the reference group, if they were not diagnosed with either HIV or HBV. All eligible patients, except those with major cognitive or health impairments, were asked to participate in the study and were included after their written consent was collected.

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. All information was anonymously collected.

Participants received a 15€ voucher. The Advisory Committee on Data Collection in Health Research (CCTIRS) and the French Data Protection Authority (CNIL) approved this project.

The complete survey protocol is registered and available on Clinicaltrials.gov (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02566148>). Other aspects of the study have already been presented elsewhere.<sup>26</sup>

### Outcomes and variables of interest

Participants were questioned about their experiences with refusal of healthcare since their arrival in France. The questions were asked as follows: 'Have you ever been refused healthcare or the delivery of medicines? a) at a doctor (Yes/No), b) in a hospital (Yes/No), c) in a pharmacy (Yes/No)'. Those who answered 'Yes' to one of the

questions were then asked about the reasons underlying refusal, with an open question recoded into the following categories: HI related, HIV status, ethnicity, disability (impairment that substantially affects the person's life activities)/health conditions (except HIV infection), prescription problem, language barrier and other.

We studied the following covariates: period of arrival, age, level of education, reasons for migration, having been at least one year without residence permit, stable housing or HI coverage, and HI status at the time of the study. The time periods studied were before and after 2000 because UHC and SMA were implemented in January 2000.

### Statistical analyses

Men and women were analyzed separately, since they had different patterns of migration and healthcare service utilization. Prevalence of refusals, situations reported and main reason frequencies were compared between groups with a design-based chi-square test to compare proportions.

Characteristics associated with refusal of care since arrival in France were identified using logistic regression models that included all covariates mentioned above. Data were weighted according to each individual's probability of inclusion in the survey and the weights were applied to all percentages and logistic regression models. All analyses were performed in Stata SE 13.1 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

## Results

A total of 1184 (reference group), 1829 (HIV) and 1169 (CHB) individuals met the eligibility criteria, among which 124, 141 and 25, respectively, were not offered participation by their physicians due to health problems that were serious enough to prevent the questionnaire from being completed. Eventually, 763 migrants in the reference group, 926 migrants with HIV and 778 migrants with CHB agreed to participate (response rate of 64, 51 and 67%, respectively). A total of eight subjects were excluded because of missing data in the variable of interest. Finally, a total of 1263 men and 1196 women were included in the analysis: 760 in the reference group, 922 in the HIV group and 777 in the CHB group.

The socio-demographic characteristics of the participants are described in [table 1](#). Women accounted for 56.6% of the reference group, 62.2% of the HIV group and 27.8% of the CHB group. Men and women were older in the HIV group than in the other groups. As expected, when considering the predominant migration from French-speaking sub-Saharan African countries, most people came from Western and Central Africa. Men most often reported coming to France to seek work, and women reported that they came for family unification. The median duration of residence in France was 11 years for men and 10 years for women; HIV-positive men and women were in France for a longer period of time than the others. Having been at least one year without residence permit, stable housing or HI coverage was a very frequent condition. Having been without a residence permit was more common in the HIV or CHB groups than in the reference group for both men and women. At the time of the survey, one in five respondents was covered by the specific insurance for the poor (UHC), and the proportion of those covered by the SMA (for undocumented migrants) was as high as 21, 6% in the men of the CHB group. A substantial proportion of migrants were still uninsured.

Globally, compared to the HIV and the CHB groups, the proportion of refusal of care was lower in the reference group ( $P < 0.001$ ) ([table 2](#)). The most frequently reported situation was by a general practitioner. In women, the prevalence of refusal was twice as high in the HIV and CHB groups as in the reference group, and the most frequently reported situation was in a pharmacy by CHB women.

**Table 1** Socio-demographic characteristics by gender and by study group—ANRS-PARCOURS study, Paris region, 2012–13

	Men			Women		
	Ref. group n = 354 %	HIV group n = 351 %	CHB group n = 558 %	Ref. group n = 406 %	HIV group n = 570 %	CHB group n = 219 %
Age (years)						
18–34	32.3	12.0	32.3	33.9	22.1	38.2
35–44	27.8	31.5	38.0	27.8	47.4	42.2
45–59	39.9	56.5	29.8	39.9	30.5	19.6
Arrival period in France						
Before 2000	39.0	45.6	31.9	46.4	36.7	30.1
2000–2013	61.0	54.4	68.1	53.6	61.3	69.9
Educational level						
None/primary	25.1	20.3	32.3	19.9	18.7	21.1
Secondary	46.7	47.2	38.5	51.1	60.1	44.0
Postsecondary	28.1	32.4	29.2	26.7	21.2	26.9
Region of birth						
West Africa	64.8	57.1	79.4	53.3	49.8	73.3
Central Africa	31.0	41.0	18.9	42.0	47.2	25.0
East/Southern Africa	4.2	1.9	1.7	4.8	3.0	1.8
Duration of stay in France						
Median	9	12	10	10	11	9
IQR	2–19	7–23	4–16	3–21	6–16	3–15
Reason for coming to France						
Find work	38.7	42.3	48.1	19.8	35.1	25.3
Threatened in country of origin	23.7	17.9	17.5	17.4	9.8	13.6
Join a family member	15.4	14.6	12.0	46.1	38.5	47.5
Study	20.3	15.4	16.5	13.0	8.2	6.7
Medical reasons	1.9	9.2	5.9	3.7	8.3	7.0
Remained for at least one year without residence permit since arrival	50.3	61.4	69.0	42.9	51.9	54.5
Remained for at least one year without stable housing	33.9	38.1	28.9	21.7	32.9	27.5
Remained for at least one year without health insurance coverage	49.8	50.1	47.8	36.4	42.4	33.0
Health insurance coverage at the time of the study						
Health insurance (HI)	55.5	70.8	57.7	64.4	69.4	59.1
Universal health insurance coverage (UHC)	19.5	17.4	16.5	22.6	22.0	19.9
State medical assistance (SMA)	10.6	6.3	21.6	6.2	5.6	17.6
None	14.4	5.5	4.3	6.7	3.0	3.5

Note: Weighted percentages; CHB, chronic hepatitis B; IQR, interquartile range; Ref. group, reference group.

**Table 2** Refusal of care by a professional to a migrant since arrival in France, by group and sex—ANRS-PARCOURS study, Paris region, 2012–13

	All			P	Men			P	Women			P
	Ref. group n = 760 %	HIV group n = 921 %	CHB group n = 777 %		Ref. group n = 354 %	HIV group n = 351 %	CHB group n = 558 %		Ref. group n = 406 %	HIV group n = 570 %	CHB group n = 219 %	
Refusal to provide healthcare												
Global	6.2	12.2	9.6	<0.001	6.1	10.7	8.5	0.09	6.3	13.0	12.2	<0.01
Refusal situation												
By a general practitioner	3.2	6.4	5.4	<0.05	2.9	5.8	4.5	0.24	3.5	6.7	7.6	<0.05
In a hospital	1.4	3.0	2.5	0.08	2.1	3.2	2.3	0.66	0.8	2.8	3.0	0.08
In a pharmacy	2.8	5.2	5.5	0.05	2.0	5.7	4.3	<0.05	3.4	4.9	8.6	<0.05
Main reason for denial of care												
Health insurance related	64.9	56.3	82.3		65.1	61.7	79.3		64.7	53.6	87.6	
<i>Being on UHC or SMA</i>	40.2	31.7	56.5		35.0	34.4	56.4		44.0	30.3	56.5	
<i>Uninsured or other problems</i>	26.0	25.4	26.8		31.6	27.3	24.5		21.8	24.4	31.1	
HIV status	0.0	29.1	0.0		0.0	27.2	0.0		0.0	30.0	0.0	
Ethnicity	0.7	1.2	4.4		0.8	2.2	6.4		1.3	1.0	2.9	
Disability/health conditions	0.5	1.6	4.5		1.1	0.0	4.6		0.0	2.3	4.2	
Prescription problems	3.5	1.7	0.6		1.9	0.7	0.8		4.9	2.6	0.4	
Language barrier	1.8	2.2	3.6		4.2	4.2	3.7		0.0	1.2	3.4	
Other	12.6	7.0	3.4		22.6	4.4	5.4		5.0	8.3	0.0	

Note: Weighted percentages; CHB, chronic hepatitis B; Ref. group, reference group; Specific health insurance coverage: Universal health insurance coverage (UHC) and State medical assistance (SMA).



**Table 3** Factors associated with experience of refusal of healthcare since arrival in France among men and women (logistic regression models)

	Men		Women	
	N = 1260		N = 1191	
	Univariate OR [95% CI]	Multivariate aOR [95% CI]	Univariate OR [95% CI]	Multivariate aOR [95% CI]
Group				
Reference	1.00	1.00	1.00	1.00
HIV	1.86 [0.97–3.57]	2, 20*[1.14–4.25]	2.26**[1.30–3.94]	2.24**[1.25–4.01]
CHB	1.44 [0.82–2.57]	1.28 [0.70–2.34]	2.09*[1.08–4.01]	1.97 [1.00–3, 89]
Arrival period in France				
Before 2000	1.00	1.00	1.00	1.00
2000–13	2.22*[1.23–4.03]	1.51 [0.77–2.94]	0.98 [0.59–1.65]	0.69 [0.37–1.26]
Age (years)				
18–34	2.12*[1.12–4.04]	1.87 [0.88–3.97]	0.83 [0.43–1.61]	0.80 [0.37–1.71]
35–44	1.33 [0.73–2.42]	1.03 [0.52–2.05]	1.70 [0.94–3.08]	1.56 [0.79–3.11]
45–59	1.00	1.00	1.00	1.00
Level of education				
None/primary	0.87 [0.47–1.62]		1.00	
Secondary	1.05 [0.58–1.89]		1.58 [0.81–3.06]	
Postsecondary	1.00		1.64 [0.76–3.52]	
Reason for coming to France				
Find work	2.89* [1.02–8.17]	1.82 [0.61–5.44]	1.23 [0.70–2.18]	0.94 [0.51–1.72]
Threatened in country of origin	4.77**[1.58–14.45]	3.29* [1.05–10.30]	1.86 [0.91–3.81]	1.61 [0.72–3.58]
Join a family member	1.00	1.00	1.00	1.00
Study	1.71 [0.50–5.86]	1.68 [0.49–5.67]	1.37 [0.52–3.60]	1.51 [0.56–4.02]
Medical reasons	2.50 [0.66–9.46]	1.43 [0.34–5.13]	1.49 [0.57–3.88]	1.11 [0.42–2.92]
Remained for at least one year without permit of residence				
Yes	2.96***[1.70–5.15]	2.17*[1.18–4.01]	1.15 [0.70–1.88]	0.63 [0.50–1.52]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
Remained for at least one year without stable housing				
Yes	2.09**[1.25–3.48]	1.49 [0.91–2.45]	1.69*[1.02–2.80]	1.39 [0.74–2.58]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
Remained for at least one year without health insurance				
Yes	2.43***[1.48–4.01]	2.15**[1.27–3.64]	1.29 [0.79–2.11]	1.25 [0.72–2.17]
No	1.00	1.00	1.00	1.00
Health insurance coverage at the time of the study				
Health insurance (HI)	1.00	1.00	1.00	1.00
Universal basic health insurance coverage (UHC)	1.96*[1.00–3.85]	1.28 [0.66–2.49]	1.92*[1.08–3.44]	2, 07*[1.10–3.89]
State medical assistance (SMA)	2.05*[1.06–3.97]	0.97 [0.49–1.89]	2.17*[1.06–4.45]	2.69*[1.18–6.10]
None	1.56 [0.69–3.52]	0.60 [0.24–1.51]	1.20 [0.48–3.00]	1.48 [0.51–4.35]

Note: CI, confidence interval; \* $P < 0.05$ ; \*\* $P < 0.01$ ; \*\*\* $P < 0.001$ ; OR: Odds ratio; aOR: Odds ratio adjusted for covariates.

In both sexes, HI status was, by far, the most frequent reason reported by denied people. At least one-third of migrants cited that rejection of their UHC or SMA was the reason for their refusal, up to more than 50% of CHB men and women (i.e. those with higher proportions of SMA, as mentioned above). Lack of HI coverage or other HI problems (such as waiting for card renewal or lack of money for those whose expenses must be paid before reimbursement by the common law HI) were frequently reported. In the HIV group, the reason for denial of care was the HIV status for 29.1% of the persons concerned. Prescription problems (e.g. lack of medical prescription or prescription not accepted at the pharmacy), ethnicity or disability/health conditions were more rarely reported. Language barriers were rarely cited, but our study included mainly French-speaking migrants. In the 'other' group of reasons, participants reported a mixture of difficulties such as care needs considered as non-legitimate by the health professional.

In multivariate analysis (table 3), being a member of the HIV group was significantly associated with a higher risk of refusal in both men and women (compared with the reference group).

In men, an arrival in France after 2000 was significantly associated with a higher risk of refusal but in univariate analysis only, as were younger age, having emigrated for work, having been at least one year without stable housing, and being covered by UHC or SMA at the time of the survey. Conversely, having emigrated for having been

threatened in the country of origin, having been at least one year without residence permit and/or without HI were the three circumstances that remained associated with a higher probability of reporting refusal of healthcare in the multivariate model in men.

In women, being in the CHB group and the absence of stable housing for at least one year were the two significantly associated characteristics in the univariate analysis but not in the final, multivariate model. Absence of residence permit, stable housing or HI was not associated with refusal in the multivariate analysis in women (as they were in men). In contrast, both UHC and SMA at the time of the study remained associated with a higher probability of reporting refusal of healthcare in the multivariate model in women.

## Discussion

In this sample of 2459 sub-Saharan African migrants living in the Paris area, nearly 1 in 10 reported they experienced a refusal of care. The main reason for denial of care was their HI status, either for the poor (Universal Health Coverage) or for the undocumented migrants (SMA). Compared with the reference group (6.2%), this proportion was twice as high among migrants living with HIV (12.2%), and respondents linked refusal of care to their HIV status in one-third of cases. Refusals were also more often reported in the CHB group, probably in connection to the high

number of SMA beneficiaries in this group. Refusals of care most often occurred with a doctor or a pharmacy and more rarely at the hospital.

Our study included only patients who were engaged in care and the rates of refusal could have been underestimated. Our analysis was based on self-reported data. We cannot rule out the possibility that the concept of denial of care varies between cultures and experiences of access to care in the countries of origin. Finally, in our study, people were not asked about denial of care by a dentist or other private specialists whose refusals are known to be particularly frequent in France.<sup>27</sup>

The UHC and the SMA aim at promoting access to care for the most vulnerable populations in France. The refusal of care against their beneficiaries contravenes not only the effectiveness of the system but also the universal healthcare coverage principle of equity promoted by the 1999 French law. The refusals of care for the beneficiaries of the UHC have been repeatedly confirmed by epidemiological and situation testing studies.<sup>8,17,28</sup> A similar situation has been described among the SMA beneficiaries.<sup>19,29</sup> From the health professionals perspective, qualitative studies have shown that they are related to the prohibition of claiming for advance fees and of performing fee surcharges for their beneficiaries and because the reimbursement of healthcare workers is conditional on administrative procedures.<sup>30,31</sup> Some doctors do not agree with the ease afforded by these specific HI coverage. Poor knowledge of the UHC and SMA beneficiaries and emphasis on the few ‘abuses’ found (or at least judged as such) also contribute to the view that they are illegitimate.<sup>31</sup> Additionally, a 2014-report from the French Commissioner for Human Rights suggests that these illegal refusals may also be linked to social conditions and ethnicity of migrants.<sup>8</sup> Conversely, if 15% of respondents of the national survey ‘Trajectoires et Origines’ reported experience of denial of care, there was no difference between immigrants and the majority population, suggesting that it was more HI status than that of the immigrant that played a part in refusals of care.<sup>32</sup> The observed association in the multivariate analysis between refusal of care and a past episode without residence permit in men could also be explained by having been a beneficiary of the SMA in the past.

Sub-Saharan African migrants living with HIV were more likely to have been denied care. This finding highlights the persistent discriminations experienced by persons living with HIV, even after decades of HIV epidemics, in a region that is particularly hard hit by HIV. In 2015, the Paris region had the highest HIV incidence rate in mainland France, with 20.8 cases per 100 000 population.<sup>33</sup> In total, 42% of the French total number of annual diagnoses of HIV occurred in the capital region, 40% of which were among migrants. Refusals to provide care to people with HIV have been reported in several high-income countries.<sup>9,11–13</sup> In a recent testing survey, a third of the dental practices, much more than in gynaecological ones, refused to provide care to HIV people.<sup>9</sup> The reasons why nurses and doctors might be reluctant to care for patients with HIV/AIDS are mainly concerns about contagions and discriminatory attitudes.<sup>14,34</sup> A range of issues can lead to discriminatory care, such as homophobia and racism.<sup>35</sup> If stigma and discrimination among health professionals, particularly in respect to sex workers, men who have sex with men and people who inject drugs, reportedly persists across Europe and plays a role in preventing these key populations from accessing HIV prevention, testing and treatment, there is less evidence about immigrant populations.<sup>36</sup> In a European study on HIV-related discrimination in healthcare settings, being a migrant was associated with less discrimination by healthcare providers.<sup>13</sup> Conversely, our results highlight the fact that the risk of exposure to denial of care remains high for migrants living with HIV in France, even after adjusting for social characteristics. In a qualitative study conducted with 44 HIV-positive sub-Saharan African migrant women in Belgium, 25 reported stigma and discrimination, and 15 reported witnessing behaviours that they perceived to be stigmatizing and discriminatory in healthcare settings.<sup>37</sup> The

themes that emerged, as to the causes of stigma and discrimination, were public perceptions of migrants and HIV, fear of contamination and institutional policies on HIV management. Reported forms of stigma and discrimination included delayed or denied care, excessive precautions, blame and humiliation.

Refusal of care and discrimination in CHB patients in general, and more specifically, in minorities, are issues that are poorly addressed in the literature. We found only two papers dedicated to these issues in the recent period, where 18% of Japanese nurses and 20% of Taiwanese dental students agreed that they would be reluctant to care for a hypothetical patient infected with hepatitis B (HBV) or hepatitis C (HCV).<sup>38,39</sup> Reluctance to care was associated with prejudicial attitudes and negatively associated with confidence in personal safety precautions. Our study shows that the experience of refusal of care is not rare among migrants living with HBV in France. Interestingly, the difference observed in the univariate analysis between the CHB group and the reference group seems to be partially explained by social characteristics and type of HI coverage. In the PARCOURS survey, immigrants from sub-Saharan Africa living with HBV have a lower level of education, have more often harsh living conditions and are more often beneficiaries of SMA, a HI coverage with frequent refusals (table 1). It cannot be ruled out, however, that they are also subject to refusal of care or discrimination because of their illness. There are not recent publications that have underlined this association, but qualitative studies underlined how specific national immigration and health policies impact in a different way the therapeutic and social path of migrants suffering from HBV.<sup>40</sup>

Although the rate of denial of care may appear not so high in our study, it is worrying because it affects the most vulnerable migrants. All these patients are more likely to need more health and social care than less, and such denials deserve to be better known and more effectively approached. As denial of care related to UHC and SMA have been repeatedly reported, sentences of such practices against physicians were strengthened but legal action has remained extremely rare.<sup>8</sup> Pending more frequent actions, NGOs, experts and specialized agencies work to better inform users of their rights.

Our results highlight the existence of discrimination based on HIV status and affiliation to specific HIs dedicated to precarious people and undocumented migrants that may lead to refusals of care in sub-Saharan African migrants. It is necessary to devise strategies that address the unwillingness of health professionals and ensure that migrants living in precarious situations receive non-discriminatory care. This is of particular interest for migrants living with HIV or CHB, to improve early diagnosis, linkage to and retention in care and consequently decrease the risk of transmission.

## Supplementary data

Supplementary data are available at *EURPUB* online.

## Ethics approval and consent to participate

All eligible patients, except those with major cognitive or health impairments, were asked to participate in the study and were included after their written consent was collected. The Advisory Committee on Data Collection in Health Research (CCTIRS) and the French Data Protection Authority (CNIL) approved this project. The complete survey protocol was registered on Clinicaltrials.gov (NCT02566148).

## Acknowledgements

The authors would like to thank all the people who participated in the study, the participating centres and investigators (Supplementary file 2), the RAAC-Sida, COMEDE, FORIM and SOS hepatitis associations for their support in preparing and conducting the survey,

Géraldine Vivier, Eva Lelièvre (INED) and Anne Gervais (AP-HP) for their support in preparing the questionnaire, A Guillaume for the communication tools, ClinSearch and Ipsos for data collection and staff at all participating centres.

The PARCOURS Study Group included A.D.L., F.L., R.D.-S., N.B., N.L. (scientific coordinators), J.P., A.R., A.G., N.V., Elise Rodary, Dolorès Pourette, Joseph Situ, Pascal Revault, Philippe Sogni, Julien Gelly, Yann Le Strat and Nicolas Razafindratsima.

## Funding

This study was supported by the French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS), the Directorate-General of Health (DGS, French Ministry of Health) and by Santé Publique France. The funders of the study had no role in the study design, data collection, data analysis, data interpretation, writing of the article and in the decision to submit the paper for publication.

*Conflicts of interest:* None declared.

### Key points

- Refusal of care is twice as high among sub-Saharan migrants living with HIV.
- People covered by the specific HI for the poor or undocumented migrants were at higher risk of denial of care.
- Denial of care appears to affect the most vulnerable migrants in France.

## Consent for publication

All authors consented to the publication.

## Availability of data and material

All the relevant data for our analyses are fully described in the paper.

## References

- Nay O, Bejan S, Benamouzig D, et al. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016;387:2236–49.
- Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006;23:325–48.
- Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan* 2014;29:818–30.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013;381:1235–45.
- Dourgnon P, Jusot F, Silva J, Sermet C. Immigrants' access to ambulatory care in France. *Questions d'économie de la santé* 2009;146: 1–6.
- Russo G, Vita S, Miglietta A, et al. Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre. *J Public Health (Oxf)* 2016;38:212–22.
- Chernet A, Neumayr A, Hatz C, et al. Spectrum of infectious diseases among newly arrived Eritrean refugees in Switzerland: a cross-sectional study. *Int J Public Health* 2018;63:233–9.
- Le défenseur des droits. *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la Cmu-C, de l'Acs et de l'Ame. Rapport au premier ministre (Refusals of care opposed to the beneficiaries of the Cmu-C, the Acs and the SMA. Report to the Prime Minister)*. Paris: Le défenseur des droits, 2014.
- Douay C, Toullier A, Benayoun S, et al. Refusal to provide health care to people with HIV in France. *Lancet* 2016;387:1508–9.
- Vignier N, Spira RD, Bouchaud O, et al. Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France. *Lancet Public Health* 2018;3:e12.
- Anderson BJ. HIV stigma and discrimination persist, even in health care. *Virtual Mentor* 2009;11:998–1001.
- Elford J, Ibrahim F, Bukutu C, Anderson J. HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK. *AIDS Behav* 2008;12:255–64.
- Nostlinger C, Rojas Castro D, Platteau T, et al. HIV-Related discrimination in European health care settings. *AIDS Patient Care STDs* 2014;28:155–61.
- Schuster MA, Collins R, Cunningham WE, et al. Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *J Gen Intern Med* 2005;20:807–13.
- Marsicano E, Dray-Spira R, Lert F, et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care* 2014;26:S97–S106.
- United Nations Development Programme. *Reducing disaster risk: a challenge for development. A Global Report*. New York: UNDP-Bureau for Crisis Prevention and Recovery, 2004.
- Despres C, Couralet PE. Situation testing: the case of health care refusal. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2011;59:77–89.
- Duguet AM, Beviere B. Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. *Eur J Health Law* 2011;18:27–35.
- Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins (The beneficiaries of the State Medical Assistance in contact with the health care system). *Etudes et résultats* 2008;645:1–8.
- Carde E. Discrimination according to origin in access to care. *Sante Publique* 2007;19:99–110.
- Chauvin P, Parizot I, Simmonot N. *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Paris: Médecins du Monde European observatory on access to healthcare, 2009.
- de Celeyran FT, Girardeau Y, Khan S, et al. Health-care access for migrants in France. *Lancet* 2013;382:1704.
- Chappuis M, Tomasino A, Didier E. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecin du Monde. Rapport 2015 (Observatory of access to rights and care of the France mission of Médecin du Monde. Report 2015)*. Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2016.
- Comede. *Rapport 2017 du Comede. Activité 2016 (2017 Report of the Comede. Activity 2016)*. Le Kremlin Bicêtre: Comede, 2017.
- Ravalihasy A, Lert F, Vignier N. Santé, besoins de prévention et de soins. In: découverte L, editor. *Parcours Parcours de vie et santé chez les immigrés subsahariens vivant en Ile de France*. Paris: La découverte, 2017: 273–94.
- Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* 2016;30:645–56.
- Despres C, Naiditch M. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*. Paris: Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Ministère de la santé et des solidarités, 2006.
- Boisguérin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU—mars 2003. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* 2004: 1–97. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf>
- Velissaropoulos A, Drouot N, Simonnot N. « Je ne m'occupe pas de ces patients », *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France*. Paris: Médecins du Monde, 2006.
- Andre J-M, Azzedine F. Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Rev* 2016;37:5.
- Despres C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée: analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Prat Organ Soins* 2010;41:33–43.
- Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série Trajectoires et Origines (TeO): enquête sur la diversité des populations en France (Immigrants and descendants of immigrants face health. Series Trajectories and

- Origins (TeO): survey on the diversity of populations in France). *Documents de travail* 2013;190: 1–50.
- 33 Costagliola D, Bonnet F, Fischer H, et al. *Epidemiology of HIV infection in France. Medical management of people living with HIV 2017 Expert Group Recommendations Epidemiology of HIV infection in France (July 2017)*. Paris: Conseil national du sida et des hépatites virales, 2017: 26.
  - 34 McCann TV. Reluctance amongst nurses and doctors to care for and treat patients with HIV/AIDS. *AIDS Care* 1999;11:355–9.
  - 35 Taerk G, Gallop RM, Lancee WJ, et al. Recurrent themes of concern in groups for health care professionals. *AIDS Care* 1993;5:215–22.
  - 36 European Centre for Disease Prevention and Control. *Evidence brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Stockholm: ECDC, 2017.
  - 37 Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium: a qualitative study. *J Biosoc Sci* 2017;49:578–96.
  - 38 Wada K, Smith DR, Ishimaru T. Reluctance to care for patients with HIV or hepatitis B/C in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:31.
  - 39 Hu SW, Lai HR, Liao PH. Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward hepatitis B virus-, hepatitis C virus-, and HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS Patient Care STDs* 2004;18:587–93.
  - 40 Santilli C. Medical care, screening and regularization of sub-Saharan irregular migrants affected by hepatitis B in France and Italy. *J Immigr Minor Health* 2018;20:668–73.

## **2. Les immigrés et leurs descendants sont plus souvent exposés aux renoncements aux soins pour raison financière que la population majoritaire**

### **2.1. Renoncement aux soins dans l'enquête ANRS-Parcours**

Les personnes incluses dans l'enquête ANRS-Parcours ayant répondu à la question sur le renoncement aux soins ont été sélectionnées. La question était posée de la manière suivante : « Nous allons maintenant parler des problèmes que vous avez pu rencontrer dans les structures de soins : Depuis que vous êtes arrivé(e) en France, vous est-il arrivé(e) de ne pas aller consulter un médecin ou un dentiste alors que vous en aviez besoin à ce moment-là ? Oui une fois / Oui plusieurs fois / Non. Si Oui, pour quelles raisons cela vous est-il arrivé ? (Plusieurs réponses possibles). » Les raisons étaient ensuite codées par l'enquêteur selon des catégories prédéfinies : « Vous ne pouviez pas vous le payer / Vous avez préféré attendre que ça passe / Vous ne saviez pas qui aller voir / A cause des problèmes de langue / A cause des problèmes de papiers / Vous aviez peur des soins / Vous n'aviez pas le temps d'aller chez le médecin / C'était trop loin ou trop compliqué d'y aller / Pour une autre raison ».

Au total, 2453 personnes ont été incluses dans l'analyse (920 dans le groupe VIH, 776 dans le groupe HBC et 757 dans le groupe de référence). Leurs caractéristiques sociodémographiques ont été décrites dans chaque groupe dans le Tableau 7.

Tableau 7: Caractéristiques des participants, Enquête ANRS-Parcours

<b>Variables</b>	<b>VIH (N=920)</b>	<b>HBC (N=776)</b>	<b>Réf. (N=757)</b>
<b>Femmes</b>	62%	28%	57%
<b>Année d'arrivée en France (Médiane [IQR])</b>	2001 [1993-2006]	2002 [1997-2008]	2003 [1992-2010]
<b>Age à l'arrivée (Médiane [IQR])</b>	29 [24-35]	27 [22-32]	27 [22-33]
<b>Ancienneté arrivée (Médiane [IQR])</b>	11 [6-19]	10 [4-15]	10 [2-20]
<b>Niveau d'étude à l'arrivée (%)</b>			
<b>Aucun ou Primaire</b>	26%	37%	29%
<b>Secondaire</b>	54%	43%	54%
<b>Supérieur</b>	20%	21%	17%
<b>Raison de la venue en France (%)</b>			
<b>Pour tenter sa chance/travail</b>	38%	42%	27%
<b>Raisons familiales/études</b>	41%	36%	49%
<b>Menacé(e) dans son pays</b>	13%	16%	20%
<b>Raisons médicales</b>	9%	6%	3%

Note : HBC : Hépatite B Chronique, Réf. : Référence, IQR : Intervalle interquartile

Lecture : dans le groupe VIH, les participants étaient arrivés en 2001

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013 (Desgrées du Loü and Lert 2017).

La fréquence du renoncement aux soins depuis l'arrivée en France en fonction du sexe et du groupe d'appartenance est présentée dans la figure 14.

Les motifs du renoncement aux soins depuis l'arrivée en France en fonction du sexe et du groupe d'appartenance sont présentés dans la figure 15.

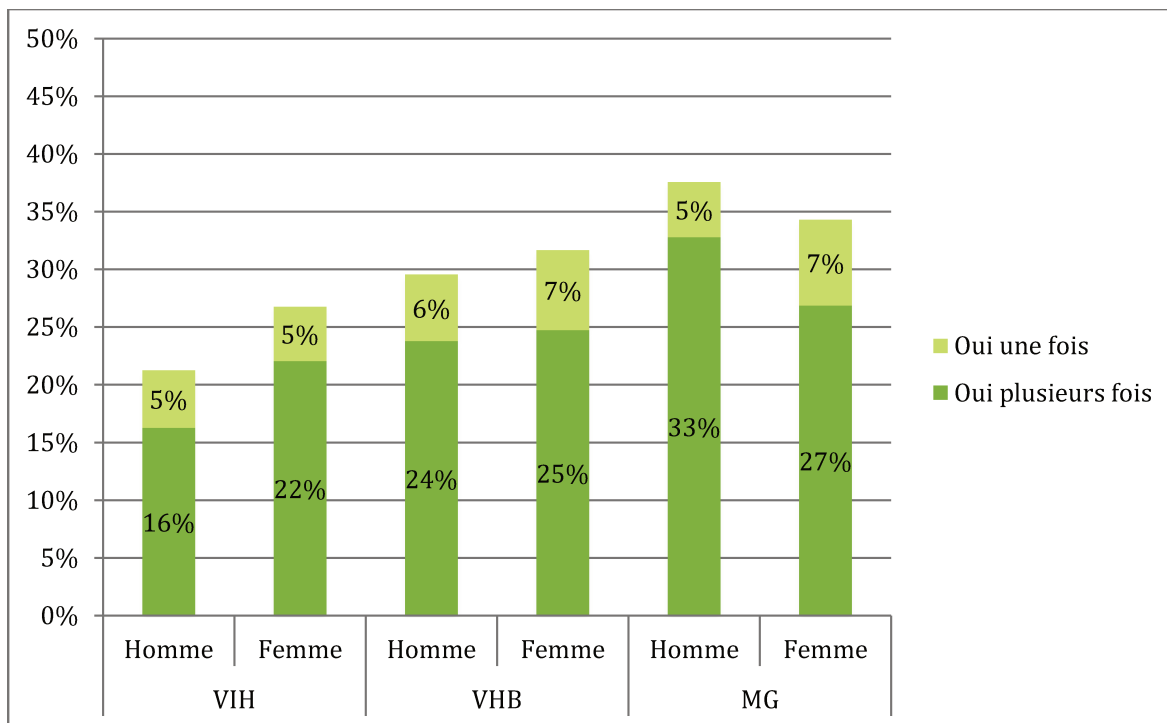


Figure 14 : Renoncement aux soins depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS Parcours

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

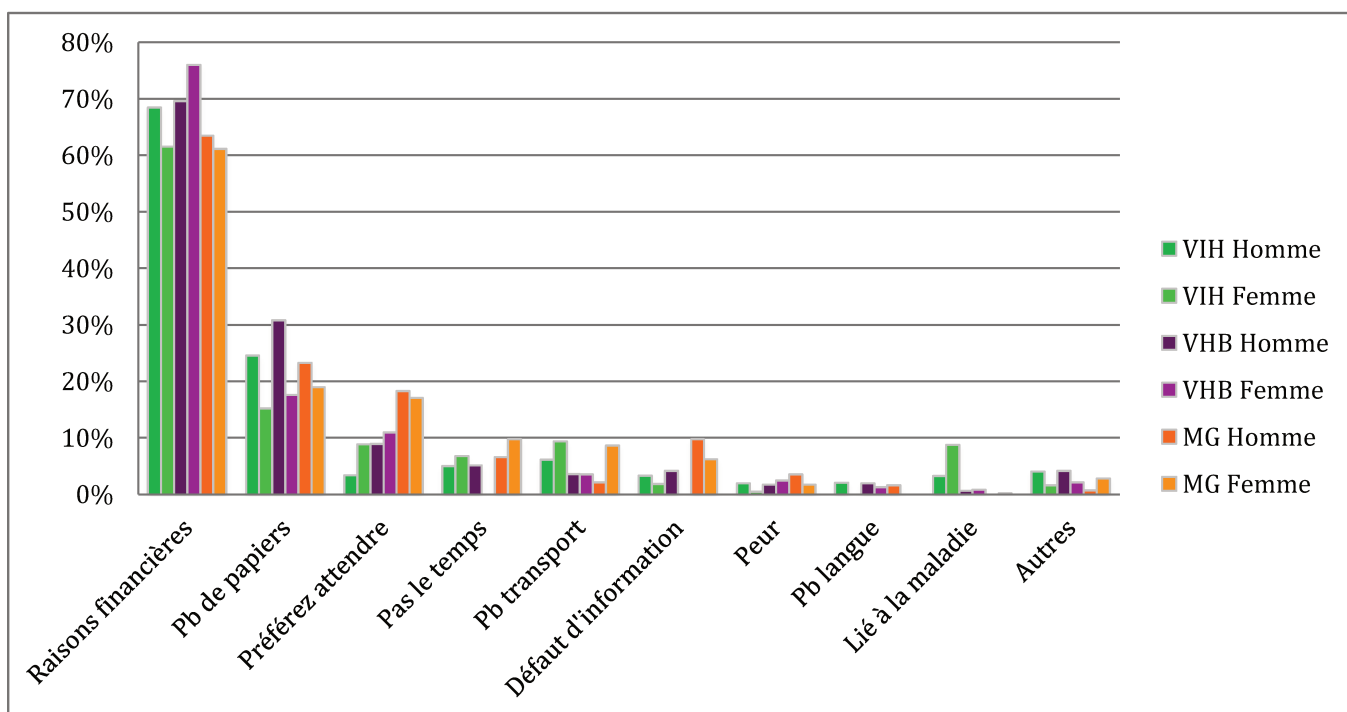


Figure 15 : Motifs du renoncement aux soins depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS-Parcours

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

On peut ainsi individualiser les renoncements aux soins pour raisons financières, indicateur habituellement retenu dans les enquêtes nationales (Figure 19).

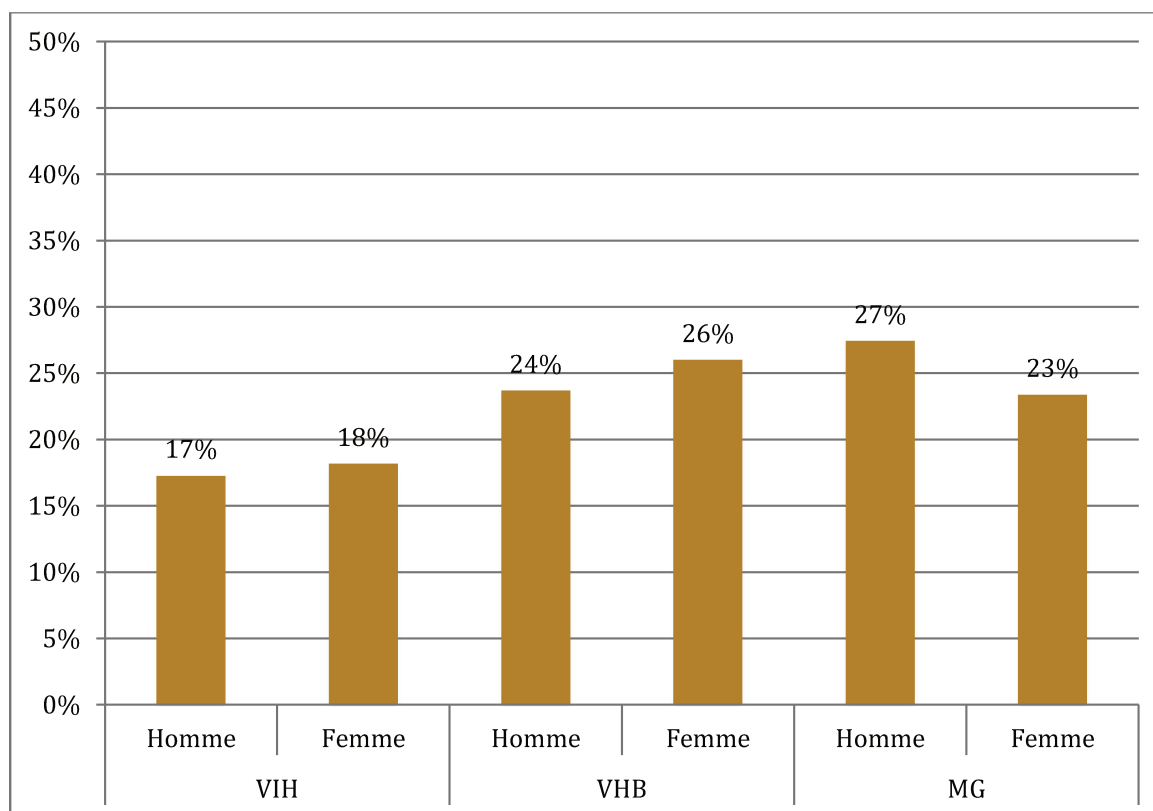


Figure 16 : Renoncement aux soins pour raisons financières depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS-Parcours

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

Ainsi, l'expérience du renoncement aux soins en France est fréquente chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne recrutés en soins. Le principal déterminant du renoncement aux soins est financier. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence étant donné la subjectivité de la déclaration du renoncement aux soins (Després, Dourgnon et al. 2011) et du fait que la question posée porte sur la période depuis l'arrivée en France là où la majorité des études nationales interroge les personnes sur leur renoncement pour raisons financières dans les 12 derniers mois. De plus les participants présentent des anciennetés depuis l'arrivée en France des participants inégales et peuvent donc avoir des temps différents pendant lesquels ils ont pu renoncer et, pour ceux arrivés depuis plus longtemps, être plus exposés au risque de biais de mémoire. Enfin, les participants étant recrutés dans les



structures de soins, la fréquence du renoncement aux soins pourrait être sous-estimée, les personnes n'accédant pas aux soins étant, de fait, absentes de l'enquête.

Ces résultats soulignent ainsi l'importance de lutter contre les freins financiers et administratifs à l'accès aux soins notamment à travers un meilleur accès et un maintien à l'AME et à la CMU-C, une meilleure organisation des parcours de soins des migrants en situation de précarité pour prévenir le renoncement

Les données sur le renoncement aux soins dans le groupe de référence ont été publiées dans le chapitre consacré à l'accès aux soins du livre consacrée à l'étude ANRS-Parcours et celles concernant le groupe hépatite B dans un article publié dans la revue Santé Publique que l'on peut retrouver en Annexe :

- Vignier N, Chauvin P and Dray Spira R. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses. In : Desgrées du Loû A and Lert F (coord.). PARCOURS- Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris: La Découverte, Juillet 2017, p. 113-135. ISBN 978-2-7071-9645-3. <http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Parcours-9782707196453.html>
- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, et le groupe ANRS-Parcours. Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique. Sante Publique. 2017 Jul 10;29(3):361-370

Ce travail a également été présenté sous forme affichée au congrès de la Société Française de Lutte contre le Sida en 2016 et en communication orale lors de la Journée Migrant organisée à l'hôpital Avicenne en 2018 (focus sur les femmes) :

- Vignier N, Desgrées du Loû A, Pannetier J., Ravalihasy A., Bouchaud O., Dray-Spira R. Renoncement aux soins des personnes vivant avec le VIH ou le VHB originaires d'Afrique subsaharienne. Etude ANRS-PARCOURS. Journées de la SFLS. Montpellier. 6 octobre 2016
- Vignier N. Comment lutter contre le renoncement aux soins des femmes migrantes ? Journée Migrant. Bobigny. 29 Mai 2018.

## **2.2. Éclairage populationnel à partir des données du Baromètre Santé 2010**

Les participants au Baromètre santé 2010 âgés de 18 à 85 ans et ayant répondu à la question sur le renoncement aux soins et sur leur pays de naissance ont été sélectionnés. Au total, 24731 personnes ont été incluses dans l'analyse ; 1966 avaient des données manquantes et n'ont pas été incluses dans l'analyse. Les caractéristiques sociodémographiques ont été décrites dans la population majoritaire, chez les immigrés, les descendants d'immigrés et les personnes originaires des DOM/TOM. Le taux de

renoncement aux soins pour raison financière dans les 12 derniers mois a été décrit dans chaque groupe en tenant compte de la pondération et après standardisation sur l'âge et le sexe pour favoriser la comparaison de ces données descriptives.

Une première analyse s'est intéressée aux facteurs associés au renoncement aux soins à l'aide d'une régression de Poisson à variance robuste. Afin d'analyser de manière plus fine l'effet des différentes dimensions (âge et sexe, caractéristiques sociales et couverture maladie, violence et discriminations subies et état de santé) sur le renoncement aux soins et sur l'association entre le fait d'être immigré et le renoncement, une analyse pas à pas a été réalisée. La régression de Poisson a été choisie car elle se prête mieux à la comparaison des associations mesurées sous forme de rapports de prévalence, là où la régression logistique produit des Odds-ratio qui peuvent plus difficilement être comparés. L'analyse a cependant été également réalisée avec un modèle de régression logistique et a produit des résultats similaires (résultats non présentés dans l'article).

Trois analyses similaires sont également présentées en détaillant les immigrés par origine géographique (ASS, Afrique du Nord, Europe et autres), par nationalité et par proportion de vie passée en France.

Ce travail a fait l'objet d'un article qui va être soumis :

- Vignier N, Odzo A, Lydié N, Bouchaud O, Pannetier J, Chauvin P. Immigrants are more exposed to unmet health care needs than the rest of the population in France. (à soumettre)

Et d'une communication orale au deuxième congrès de l'Association Des Épidémiologistes de Langue Française et de la Société Française de Santé Publique à Amiens en 2017 :

- Vignier N, Odzo A., Lydié N., Pannetier J., Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières chez les immigrés en France: une analyse du Baromètre santé 2010. 2<sup>ème</sup> Congrès ADELFF - SFSP. Amiens, 5 octobre 2017. <http://www.adelf-sfsp.fr/wp-content/uploads/2017/11/SC18-VIGNIER.pdf>

Ce travail a montré que le taux de renoncement aux soins pour raison financière dans les 12 derniers mois était plus important chez les immigrés que dans la population majoritaire mais aussi chez les descendants d'immigrés et chez les personnes originaires des DOM/TOM et que ce sur-risque, bien que diminué, persistait après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les discriminations subies.

L'ensemble de ces facteurs d'ajustement était significativement associé au renoncement aux soins.

**Article à soumettre:**

Immigrants are more exposed to unmet health care needs than the rest of  
the population in France

**Short title:**

Immigrants unmet needs in France.

Nicolas VIGNIER<sup>1,2\*</sup>, Arsène ODZO<sup>3</sup>, Nathalie LYDIE<sup>4</sup>, Olivier BOUCHAUD<sup>6</sup>, Julie  
PANNETIER<sup>3</sup>, Pierre CHAUVIN<sup>1</sup>

1: INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique  
IPLESP, Department of Social Epidemiology, F75012 Paris, France

2: Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, Department of Infectious and Tropical Diseases,  
Melun, France

3: CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, SAGESUD team, Paris, France

4: Santé Publique France, French National Agency of Public Health, Saint-Maurice, France

6: Paris 13 University, Avicenne Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP),  
Department of Infectious and Tropical diseases, and Laboratoire Educations et Pratiques de  
Santé (LEPS EA 3412), Bobigny, France.

\*Corresponding author: Nicolas VIGNIER, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale  
(Department of Social Epidemiology), Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé  
Publique (IPLESP), Université Pierre et Marie Curie Paris 6 (UPMC Univ Paris 06), UMRS  
1136, Faculté de médecine Saint-Antoine, 27 rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France –

E-mail: [vigniernicolas@yahoo.fr](mailto:vigniernicolas@yahoo.fr)

Tel.: 00 33 1 78 94 98 74 Fax: 00 33 1 78 94 98 79

Funding: Santé Publique France (Inpes)

Word count: words (max 3500 words)

## **Abstract:**

### Background

Social inequalities in health care are a growing concern in France despite the ambition of universality of its public health insurance system. The prevalence of unmet health care needs for financial reasons (UHCNFR) is regularly monitored and used as an indicator of equity in access to care by French health stakeholders. However, it remains poorly documented to date for immigrants. In this research, we aim to measure and compare UHCNFR prevalence in the French majority population, immigrants and their descendants, according to some individual, social and medical characteristics.

### Design and methods

For the last 25 years, The Baromètre Santé surveys have been regularly performed in France. These cross-sectional, surveys have been based on telephone interviews with a representative sample of the (French-speaking) population at the national level. In 2010, the study population includes 24,731 individuals aged 18-85 years. Participants were asked about their UHCNFR within the last twelve months. Characteristics associated with unmet needs were identified using a Poisson regression model with robust variance.

### Results

UHCNFR prevalence was higher in immigrants (18.6%), descendants of immigrants (12.8%) and in people from French overseas departments (17.3%) than in the majority population (9.0%,  $p < 0.001$ ). In multivariate analysis, successive adjustment on demographics, socioeconomic and health insurance status, violence and discrimination experiences, and health status showed that all these dimensions were significantly associated with UHCNFR. However, these three groups remained at greater risk of UHCNFR after adjustment (adjusted Prevalence Ratio = 1.24 [1.09-1.41], 1.12 [1.01-1.26] and 1.31 [1.01-1.71], respectively).

### Conclusions

Unmet health care needs for financial reasons are frequent and deleterious situations in France, especially for immigrants and their descendants partly in relation to their degraded social situations. Health decision makers, public insurance bodies and health professional councils

must address this issue to reduce inequalities in access to health care for immigrants and their descendants.

## **Funding**

This study was supported by Santé publique France (French National Agency of Public Health).

**Key Words:** Unmet needs, Giving up healthcare, Foregone care, Immigrants, Transients and Migrants Health Insurance, Healthcare Quality, Access, and Evaluation

## **Introduction**

Even though access to health care may not be the main determinant of social inequalities in health, equity in access to health care is an important principle and objective, shared by all the European welfare state, perceived by their citizens as a condition of the social contract, and guaranteed by fundamental rights and medical deontology (Whitehead and Dahlgren 2006). In an effort to reduce inequalities in health, many governments have targeted the health system to improve access to health care and to more equitably distribute health services across the population.

In France, the public health insurance system responds to a principle of universality and is supposed to be the key for an equitable access to health care (even if some authors have argued that it constitutes a necessary condition but not a sufficient one) (Chauvin 2002, Nay, Bejean et al. 2016). The common law public health insurance (HI) system has been supplemented by two specific insurance schemes to obtain universal healthcare coverage for the entire resident population. Indeed, in 1999, the “Universal Health Insurance Coverage” (UHC) was created for populations in precarious situations who were previously excluded from HI and the “State Medical Assistance” (SMA) programme has been established for poor undocumented migrants (Duguet and Beviere 2011, Nay, Bejean et al. 2016). Both of them ensure free health care (i.e. poor people do not have to do not have to make advance payments and only basic fees can be asked by health care services). Nevertheless, social inequalities in health care has been a

growing concern in France over the last 30 years (Mackenbach, Stirbu et al. 2008, Cambois and Jusot 2011, Devaux and de Looper 2012). Out-of-pocket expenses, not covered by HI, have been progressively growing, with the introduction of payment obligations of a small fee per doctor visit, per bottle of medicine, per inpatient day at hospital, and, above all, with the increase of medical fees that exceed HI reimbursement levels in ambulatory care and private clinics. Also, some specialized care like dental care, ear prostheses and eye glasses have always been quasi-excluded from HI. In the end, people whose financial resources are just above the income threshold defined to be (or not) a potential recipient of UHC or SMA (approx. 9000 €/year for a single person) are insured by the common law HI which covers only 75% of ambulatory health care costs. The rest is either fully or partially covered by supplementary, voluntary, profit or non-profit, insurance plans – for 95% of the population who can afford to have one – or remain due by individuals (for 5% of the population, up to 14% of unemployed people) (de Lagasnerie, Jusot et al. 2015, Jusot and Pierre 2015). As a result, if the French public insurance system has become universal (at least theoretically, for those who are not lost in its quite bureaucratic procedures), its coverage is far from being complete.

Care consumption indicators have long been the main indicators to assess inequalities in access to health care. In France, self-perceived unmet healthcare needs for financial reasons (UHCNFR), defined as “giving up health care for financial reasons in the last 12 months” gradually became a complementary indicator of health care access (Allin and Masseria 2009, Allin, Grignon et al. 2010). Collected regularly since 1992 in the national Health and Social Protection Surveys conducted by IRDES in France, it has since been used to monitor public health policies (French Ministry of Health 2004). Depending on the years and the methods of measurement used, the rate of unmet needs was estimated between 11% and 26% of the French population (Célant, Dourgnon et al. 2014). Even if unmet needs are a subjective indicator (which supposes first a perceived need from the health care system and then the knowledge (either adequate or not) of its cost), it has been shown that they are associated with a poorer health status 4 years later (Allin, Grignon et al. 2010, Boisguérin 2011, Després, Dourgnon et al. 2011). The determinants of UHCNFR have been the subject of several French and international

studies. Female gender, low level of education, poor income, lack of basic and supplementary health coverage, precarious living conditions and poor perceived health were found associated with them (Shi and Stevens 2005, Pagan and Pauly 2006, Allin and Masseria 2009, Bertet, Etienne et al. 2011, Després, Dourgnon et al. 2011, Berchet and Jusot 2012, Renahy, Vallée et al. 2012, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Chappuis, Tomasino et al. 2014, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017).

The level of unmet health care needs remains poorly documented in immigrants to date and they are often under-represented in general population surveys (Reeves, McKee et al. 2015). In 2014, according to French census data, the immigrant population represented 9.1% of the French population and foreign immigrants 6.4% (Insee 2018). Immigrants' social vulnerabilities and their difficulties in accessing health care are recognised (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005, Scheppers, van Dongen et al. 2006, Dourgnon, Jusot et al. 2009, Gray and van Ginneken 2012, Rechel, Mladovsky et al. 2013). Several studies report poorer perceived health status among immigrants in France and lower rate of access to ambulatory medical care (whether general practitioners or specialists) than the rest of the French population (Attias-Donfut and Tessier 2005, Jusot, Silva et al. 2008, Jusot, Silva et al. 2009, Hamel and Moisy 2013). These differences can be explained more by immigrants' disadvantaged social conditions than differences in age, gender and health status between the two populations (Dourgnon, Jusot et al. 2009).

Due to the size of its sample and its collection of data on perceived health, living conditions and unmet needs, the Baromètre Santé 2010 survey is an original source of data to investigate this question. In this research, we aim to measure and compare the frequency of reported unmet healthcare needs for financial reason in the French majority population and in immigrants, according to some individual, social and medical characteristics.

## **Methods**

### Study design and participants



Since 1992, the French National Agency of Public Health (Santé publique France) has regularly conducted a series of population-based, cross sectional, telephone surveys - called “*Baromètre Santé*” (Health Barometers) - which have analysed the knowledge, attitudes, behaviours and practices of the French population with regards to health, and provided useful data to public health decision-makers. The 2010 Health Barometer is the fifth edition of this survey; a complete presentation of its methodology has been published in French (Beck, Gautier et al. 2013). Briefly, the Health Barometer 2010 was a national and cross-sectional telephone survey based on a two-stage random sample of people aged 15-85 years speaking French and living in mainland France. It was conducted from 22<sup>nd</sup> October 2009 to 3<sup>rd</sup> July 2010, and used a random-digit-dialling method to sample fixed household telephones and households with only mobile phones (12% of the whole sample, which was the current rate in France in 2010). After the first stage (household selection), the second step was a random selection of the respondent among the eligible household members. The questionnaire was programmed using a computer-assisted telephone interviewing (CATI) system and collected by interviewers from a professional survey firm who received a specific training. The survey’s response rate was 61% (n=27,653) in both landline and mobile samples. All collected data were anonymous and self-reported. The questionnaire collected data on participants’ health behaviours and attitudes, as well as demographics and socio-economic characteristics. This survey was approved by the French legal authorities (Commission Informatique et Libertés), according to French laws.

#### Outcomes and variables of interest

Participants were questioned about their unmet healthcare needs for financial reasons within the last twelve months. The question was asked as follows: ‘In the last twelve months, have you had to give up health care for financial reasons?’ Unmet needs and/or care were not detailed and collected.

We studied the following covariates: migratory status (French majority population, descendants of immigrants defined as having at least one parent born of foreign nationality abroad, French from the French overseas departments/territories and immigrants defined according to the French definition: born of foreign nationality outside of France), age, gender, level of education

(none, primary, secondary, superior), household composition (in couple/single, with or without children), activity (worker, student, unemployed, retired, other inactive), perceived financial situation (comfortable, average, difficult), food insecurity, health insurance coverage (HI with or without supplementary insurance, UHC, SMA, None), violence or discrimination in the last 12 months, poor perceived health, functional limitation (No, some, heavily) and chronic disease.

#### Statistical analyses

Data were weighted to account for the probability of selection of every respondent and for the post-stratification adjustment for age, gender, region, level of urbanisation and educational level according to the general population census data.

Prevalence of unmet needs was compared between groups with a design-based chi-square test to compare proportions. Characteristics associated with unmet needs were identified using a Poisson regression model with robust variance (Zou 2004). Medians of duration were compared with non-parametric equality-of-medians tests.

Weights were applied to all percentages and Poisson regression models. All analyses were performed in Stata SE 13.1 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

#### Funding

This study was supported by the French Ministry of Health. The funder of the study had no role in the data analysis, data interpretation, writing of the article and in the decision to submit the paper for publication.

### **Results**

Of a total of 27,653 participants, 956 were excluded because they were under 18 years old and 1966 (7.4%) because of missing data on the variable of interest or covariates. Finally, a total of 24,731 participants were included in the analysis, of which 12.8% were descendants of immigrants, 1.4% from the French overseas departments/territories (FOD/T) and 8.5% immigrants. As expected, when considering the history of migration in France and its relationships with its former colonies, parents of the descendants of immigrants were mainly from Europe (59.9%), Maghreb (26.0%), Asia (6.3%) or Sub-Saharan Africa (4.9%)

(information on the country of birth of the parents was missing for a quarter of the descendants of immigrants). Whereas 36.5% of immigrants came from Europe, 31.9% from the Maghreb, 20.2% from sub-Saharan Africa, and 11.4% from elsewhere. Among them, 46.1% had acquired French nationality. Immigrants had arrived in France for 27 years in median [Inter Quartile Range (IQR) 12-41]: 13 years [8-24] for immigrants from sub-Saharan Africa, 24 years [11-39] for immigrants from Maghreb, 39 years [21-47] for immigrants from Europe and 24 years [13-31] for others ( $p<0.001$ ). Half of them arrived in France before the age of 18 and 28.7% before the age of 25.

The socio-demographic characteristics of the participants are described in Table 1. Women accounted for 51.4 % of the participants. Participants were younger among French people from overseas departments/territories (38 vs 45 years in median,  $p<0.001$ ). Immigrants have more often a low level of education (39.3% vs 21.3%,  $p<0.001$ ) and lived more often in couples with children <18 years old (37.9% vs 29.5%,  $p<0.001$ ). Unemployment rates were particularly high among immigrants (16.5%) and people from the FOD/T (12.5%), but also, to a lesser extent, among the descendants of immigrants (10.4%). Immigrants and people from the FOD/T were more likely to report a difficult financial situation than other participants (28.6%, 28.4% and 14.2% respectively,  $p<0.001$ ) and the same trend was observed for food insecurity (20.6%, 15.2% and 7.6% respectively,  $p<0.001$ ). Immigrants and people from the FOD/T were more often without supplementary health insurance, beneficiaries of the UHC, or without any health insurance at all ( $p<0.001$ ). Discrimination and violence were less often reported in the majority population ( $p<0.001$ ).

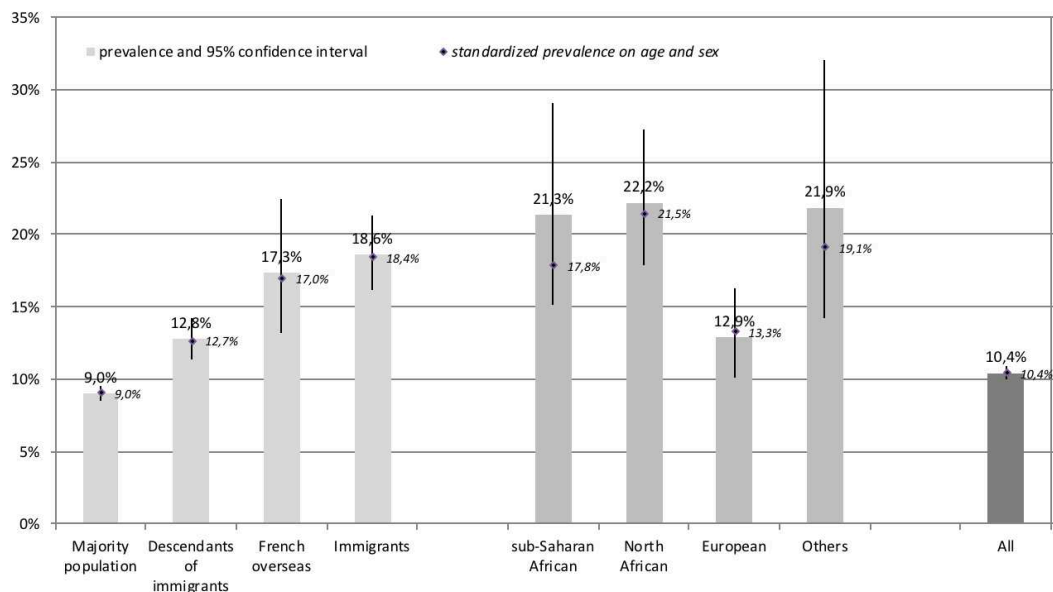
**Table 1: Characteristics of participants by population (weighted percentage, n=24731), Baromètre santé 2010.**

	All	Majority population (n=19878)	Descendants of immigrants (n=2872)	From FOD/T* (n=315)	Immigrants (n=1646)	p
	%	%	%	%	%	
<b>Gender</b>						
Men	48.6	48.3	48.8	51.3	50.8	0.328
Women	51.4	51.7	51.2	48.7	49.2	
<b>Age (years)</b>						
median	45	46	42	38	43	<0.001
(IQR)	(33-58)	(34-59)	(30-58)	(27-50)	(33-55)	
<b>Education level</b>						
None, primary	22.8	20.7	24.3	25.7	39.3	<0.001
Secondary	53.3	54.5	55.6	55.8	39.7	
Superior	23.9	24.8	21.2	18.6	21.0	
<b>Household composition</b>						
In couple with children	30.2	29.7	28.2	32.5	37.9	<0.001
In couple without children	35.4	37.4	29.6	21.9	28.3	
Single with children	7.9	6.7	12.3	14.3	10.7	
Single without children	26.5	26.2	29.9	31.3	23.1	
<b>Activity</b>						
Worker	57.4	58.3	55.3	62.5	51.3	<0.001
Student	6.5	6.1	8.4	10.5	7.0	
Unemployed	8.6	7.4	10.4	12.5	16.5	
Retired	20.5	21.9	17.4	11.0	13.9	
Other inactive	7.0	6.3	8.5	3.5	11.3	
<b>Perceived financial situation</b>						
Comfortable	57.4	59.7	53.7	46.0	43.5	<0.001
Average	27.1	26.9	27.5	25.6	27.9	
Difficult	15.6	13.4	18.8	28.4	28.6	
<b>Food insecurity</b>						
Never	91.2	93.0	88.9	84.8	79.4	<0.001
Sometimes or often	8.8	6.9	11.1	15.2	20.6	
<b>Health insurance coverage</b>						
Public HI + supplementary insurance	79.4	83.3	72.7	65.5	56.3	<0.001
Public HI without suppl. insurance	90.6	7.1	12.4	14.6	20.8	
UHC (for the poor)	8.0	6.9	10.1	14.3	14.2	
SMA (for the undocumented migrants)	0.2	0.0	0.4	0.0	2.4	
None	3.3	2.7	4.7	5.6	6.3	
<b>Physical or moral violence in the last 12 months</b>						
	9.7	9.0	12.4	13.9	11.5	<0.001
<b>Discrimination in the last 12 months</b>						
	14.5	13.6	17.5	20.8	17.2	<0.001
<b>Poor perceived health</b>						
	13.5	13.3	15.7	11.9	12.1	0.012
<b>Functional limitation</b>						
No	85.4	85.3	84.8	93.5	85.8	0.047
Some	8.6	8.7	8.9	3.8	8.2	
Heavily	6.0	6.0	6.4	2.7	6.0	
<b>Chronic disease</b>						
	23.0	23.0	22.2	20.2	24.6	0.341

\*FOD/T: French overseas departments/territories, IQR: Inter Quartile Ratio, HI: Health Insurance, UHC: Universal Health insurance Coverage, SMA: State Medical Assistance

Globally, the proportion of unmet healthcare needs for financial reasons was higher among immigrants (18.6%), descendants of immigrants (12.8%) and people from FOD/T (17.3%) than among the majority population (9.0%,  $p < 0.001$ ) (Figure 1 and Table 2). Immigrants from sub-Saharan African and North African had noticeably higher UHCNFR rates than those from Europe (21.3% and 22.2% respectively vs 12.9%,  $p = 0.007$ ). The level of these differences was similar after standardization on sex and age (Figure 1).

**Figure 1: Self-reported unmet healthcare needs for financial reasons in the last 12 months in the French population aged 18 to 85, by geographical origin (n=24731), Baromètre santé 2010.**



In multivariate analysis (Table 2, Step 4), being immigrant, descendants of immigrants or from French overseas departments remained significantly associated with a higher risk of UHCNFR (compared with the majority population). Women were 1.6 times more likely to be in this situation than men, and their higher risk remained significant after adjustment. Since no significant interaction was identified, analyses were not stratified on sex. These UHCNFR were more frequent among participants with mild or severe functional limitations and/or chronic diseases. The association between UHCNFR and perceived health declined and became non-

significant after adjustment: more precisely, the introduction of the perceived financial situation and the professional situation in the model made the former association no longer significant (results not shown). Being single without children, a poor financial situation, food insecurity, and experiences of violence or discrimination in the past 12 months were the other circumstances that remained significantly at risk of UHCNFR in the multivariate model. Conversely, apart from a student status that remained protective, neither the activity status nor the level of education was any longer significantly associated once the financial situation was considered (Table 2, step 2). As expected, most of the associations with health insurance status also disappeared once the financial situation was taken into account (since these statuses largely depend on people's income) but, interestingly, UHC (the supplementary health insurance plan for the poor) became a protective factor once the social situation was considered.

**Table 2: Factors associated with self-reported unmet healthcare needs in the last 12 months for financial reasons in the French population aged 18 to 85 (robust variance Poisson regression, n=24731), Baromètre santé 2010.**

	N	UHCNFR weighted %	p	Univariate analysis crude PR [95%CI] p	Step 1 : gender and age adjusted analysis aPR [95%CI] p	Step 2 : + SES and health insurance status aPR [95%CI] p	Step 3 : + violence and discrimination aPR [95%CI] p	Step 4 : + health status aPR [95%CI] p
<b>Population</b>								
Majority population	19878	9.03	<0.001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Descendants of immigrants	2892	12.78		1.42 [1.25-1.60] p<0.001	1.41 [1.24-1.59] p<0.001	1.16 [1.04-1.29] p=0.009	1.15 [1.03-1.28] p<0.014	1.12 [1.01-1.26] p=0.040
From FOD/T	315	17.34		1.92 [1.47-2.52] p<0.001	1.90 [1.45-2.48] p<0.001	1.29 [0.99-1.68] p=0.064	1.28 [0.98-1.66] p=0.068	1.31 [1.01-1.71] p=0.044
Immigrants	1646	18.59		2.06 [1.78-2.39] p<0.001	2.04 [1.76-2.36] p<0.001	1.25 [1.10-1.43] p=0.001	1.23 [1.08-1.41] p=0.002	1.24 [1.09-1.41] p=0.001
<b>Gender</b>								
Male	11058	8.06	<0.001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Female	13673	12.68		1.57 [1.43-1.73] p<0.001	1.59 [1.45-1.75] p<0.001	1.41 [1.29-1.54] p<0.001	1.40 [1.28-1.52] p<0.001	1.41 [1.30-1.54] p<0.001
<b>Age (years)</b>								
18 - 34	6680	10.83	<0.001	1.03 [0.92-1.15] p=0.63	1.00 [0.90-1.12] p=0.954	0.95 [0.85-1.06] p=0.380	0.92 [0.82-1.03] p=0.143	1.01 [0.90-1.13] p=0.861
35 - 44	5331	11.80		1.12 [1.00-1.26] p=0.049	1.09 [0.98-1.23] p=0.117	1.05 [0.93-1.19] p=0.394	1.02 [0.90-1.15] p=0.744	1.05 [0.93-1.19] p=0.425
45 - 64	9568	10.53		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
>=65	3152	7.08		0.67 [0.57-0.79] p<0.001	0.68 [0.58-0.80] p<0.001	0.90 [0.74-1.09] p=0.275	0.91 [0.75-1.11] p=0.373	0.90 [0.74-1.09] p=0.280
<b>Education level</b>								
None, primary	3682	14.25	<0.001	1.87 [1.64-2.13] p<0.001		0.87 [0.77-1.00] p=0.004	0.92 [0.80-1.04] p=0.189	0.92 [0.81-1.05] p=0.225
Secondary	12896	10.06		1.32 [1.19-1.46] p<0.001		0.88 [0.80-0.97] p=0.010	0.91 [0.83-1.00] p=0.051	0.92 [0.83-1.01] p=0.072
Superior	8153	7.64		Ref.		Ref.	Ref.	Ref.
<b>Household composition</b>								
In couple with children	6691	9.56	<0.001	Ref.		Ref.	Ref.	Ref.
In couple without children	7881	7.85		0.82 [0.72-0.93] p=0.002		1.14 [1.00-1.30] p=0.049	1.14 [1.00-1.30] p=0.045	1.12 [0.98-1.27] p=0.092
Single with children	1798	16.74		1.75 [1.47-2.08] p<0.001		1.13 [0.97-1.32] p=0.108	1.08 [0.93-1.26] p=0.331	1.07 [0.91-1.25] p=0.398
Single without children	8361	13.01		1.36 [1.22-1.52] p<0.001		1.21 [1.08-1.36] p=0.001	1.18 [1.05-1.32] p=0.005	1.15 [1.02-1.29] p=0.019
<b>Activity</b>								
Worker	14678	9.41	<0.001	Ref.		Ref.	Ref.	Ref.
Student	1360	7.08		0.75 [0.61-0.93] p=0.009		0.81 [0.65-1.00] p=0.048	0.82 [0.66-1.01] p=0.063	0.79 [0.64-0.99] p=0.037
Unemployed	1797	21.13		2.24 [1.96-2.57] p<0.001		1.10 [0.98-1.24] p=0.111	1.10 [0.98-1.24] p=0.108	1.08 [0.96-1.22] p=0.209
Retired	5412	7.43		0.79 [0.70-0.89] p<0.001		0.91 [0.77-1.07] p=0.246	0.93 [0.79-1.09] p=0.367	0.87 [0.74-1.03] p=0.103
Other inactive	1484	17.6		1.87 [1.61-2.17] p<0.001		1.11 [0.95-1.28] p=0.184	1.12 [0.96-1.29] p=0.138	1.01 [0.86-1.17] p=0.948
<b>Perceived financial situation</b>								
Comfortable	14635	2.61	<0.001	Ref.		Ref.	Ref.	Ref.

Average	6631	13.22		5.06 [4.40-5.82] p<0.001	4.62 [4.01-5.32] p<0.001	4.52 [3.92-5.21] p<0.001	4.47 [3.88-5.15] p<0.001
Difficult	3465	34.41		13.17 [11.54-15.05] p<0.001	8.51 [7.27-9.96] p<0.001	8.08 [6.90-9.46] p<0.001	7.81 [6.67-9.16] p<0.001
<b>Food insecurity</b>							
Sometimes or often	1866	7.26	<0.001	5.97 [5.48-6.49] p<0.001	2.39 [2.16-2.65] p<0.001	2.28 [2.05-2.52] p<0.001	2.22 [2.00-2.47] p<0.001
Never	22865	43.34		Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Health insurance coverage</b>							
Public HI + supplementary insurance	20474	9.07	<0.001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Public HI without suppl. insurance	1851	20.26		2.23 [1.97-2.53] p<0.001	1.09 [0.96-1.23] p=0.18	1.07 [0.94-1.21] p=0.300	1.09 [0.96-1.23] p=0.194
UHC (for the poor)	1707	12.22		1.34 [1.13-1.60] p=0.001	0.76 [0.65-0.90] p=0.001	0.75 [0.64-0.88] p<0.001	0.76 [0.65-0.89] p=0.001
SMA (for undocumented migrants)	37	18.38		2.03 [0.77-5.31] p=0.15	1.00 [0.51-1.97] p=0.993	1.03 [0.49-2.16] p=0.944	1.08 [0.53-2.20] p=0.840
None	662	11.45		1.26 [0.98-1.62] p=0.07	0.91 [0.74-1.13] p=0.408	0.90 [0.73-1.11] p=0.340	0.95 [0.77-1.18] p=0.631
<b>Physical or moral violence in the last 12 months</b>							
Yes	2481	21.90	<0.001	2.38 [2.14-2.65] p<0.001		1.17 [1.04-1.31] p=0.008	1.15 [1.02-1.29] p=0.018
No	22250	9.20		Ref.		Ref.	Ref.
<b>Discrimination in the last 12 months</b>							
Yes	3745	21.21	<0.001	2.46 [2.24-2.71] p<0.001		1.49 [1.35-1.65] p<0.001	1.42 [1.28-1.58] p<0.001
No	20986	8.60		Ref.		Ref.	Ref.
<b>Perceived health</b>							
Good or medium	21538	9.83	<0.001	Ref.			Ref.
Poor	3193	14.32		1.46 [1.30-1.63] p<0.001			0.90 [0.81-1.01] p=0.062
<b>Functional limitation</b>							
No	21006	9.01	<0.001	Ref.			Ref.
Some	2205	16.32		1.81 [1.59-2.06] p<0.001			1.35 [1.20-1.53] p<0.001
Heavily	1520	22.26		2.47 [2.18-2.80] p<0.001			1.36 [1.18-1.56] p<0.001
<b>Chronic disease</b>							
No	18881	9.13	<0.001	Ref.			Ref.
Yes	5850	14.79		1.62 [1.47-1.78] p<0.001			1.28 [1.16-1.42] p<0.001

FOD/T: French overseas departments/territories, HI: Health Insurance, UHC: Universal Health insurance Coverage, SMA: State Medical Assistance, UHCNFR Unmet Health Care Needs for Financial Reason in the last 12 months, % percentage, p p value, PR: Prevalence Ratio, aPR adjusted Prevalence Ratio, 95%CI 95% Confidence Interval, SES Socio-Economic Status, Ref. Reference category



When the analysis was carried out according to the geographical origin of immigrants, all immigrants had an increased risk of UHCNFR (Table 3, model 1) but the association was no longer significant for European and sub-Saharan African immigrants once all the covariates were taken into account in the multivariate analysis. Similarly (Table 3, model 2), foreign immigrants and naturalized immigrants were at increased risk of unmet UHCNFR, but only foreign immigrants had a significant higher risk in the fully adjusted model. Finally, people who have spent less than 100% of their lifetime in mainland France (regardless of their origin) were at increased risk of UHCNFR; but people who spent more than 2/3 of their lives in France had a significant higher risk than people who had spent their entire life in the fully adjusted model (Table 3, model 3)

**Tableau 3: Factors associated with self-reported unmet healthcare needs for financial reasons in the last 12 months in the French population aged 18 to 85 by geographical origin, nationality and proportion of lifetime spent in France (robust variance Poisson regression, n=24731). Baromètre santé 2010.**

	N	UHCNFR Weighted %	p	Univariate analysis cPR [CI95%] p	Multivariate analysis <sup>1</sup> aPR [CI95%] p
<b>By geographical origin (model 1)</b>					
Majority population	19878	9.03	<0.001	Ref.	Ref.
Descendants of immigrants	2892	12.78		1.42 [1.25-1.60] p<0.001	1.12 [1.00-1.25] p=0.043
From FOD/T	315	17.34		1.92 [1.47-2.52] p<0.001	1.31 [1.00-1.70] p=0.048
Sub-Saharan African immigrants	331	21.33		2.36 [1.69-3.29] p<0.001	0.97 [0.78-1.20] p=0.764
North African immigrants	472	22.19		2.46 [1.98-3.06] p<0.001	1.38 [1.13-1.69] p=0.002
European immigrants	644	12.91		1.43 [1.12-1.82] p<0.004	1.24 [0.99-1.55] p=0.066
Other immigrants	199	21.85		2.42 [1.60-3.65] p<0.001	1.51 [1.09-2.08] p=0.013
<b>By nationality (model 2)</b>					
French majority population	19878	9.03	<0.001	Ref.	Ref.
Descendants of immigrants	2892	12.78		1.42 [1.25-1.60] p<0.001	1.12 [1.01-1.26] p=0.039
From FOD/T	315	17.34		1.92 [1.47-2.52] p<0.001	1.31 [1.01-1.71] p=0.043
Naturalized immigrants	794	15.78		1.75 [1.43-2.13] p<0.001	1.19 [0.98-1.43] p=0.074
Foreign immigrants	852	20.99		2.33 [1.91-2.83] p<0.001	1.29 [1.09-1.51] p=0.002
<b>By proportion of lifetime spent in mainland France (model 3)</b>					
≤33%	430	17,32	<0.001	1.94 [1.42-2.64] p<0.001	1.07 [0.83-1.39] p=0.599
34-66%	598	19,18		2.20 [1.66-2.90] p<0.001	1.18 [0.97-1.42] p=0.096
66-99%	997	14,85		1.61 [1.29-2.01] p<0.001	1.27 [1.08-1.51] p=0.005
All the life	22706	9,75		Ref.	Ref.

<sup>1</sup>adjusted analysis on gender, age, education level, household composition, activity, perceived financial situation, food insecurity, health insurance, violence, discrimination, perceived health, functional limitation and chronic disease

FOD/T: French overseas departments/territories, UHCNFR Unmet Healthcare Needs for Financial Reason in the last 12 months, % percentage, p p value, PR: Prevalence Ratio, aPR adjusted Prevalence Ratio, 95%CI 95% Confidence Interval, SES Socio-Economic Status, Ref. Reference category

## **Discussion**

The present study reveals that the rate of unmet health care needs for financial reasons in the last 12 months is twice as high among immigrants and people from FOD/M than in the majority population. The descendants of immigrants have a risk multiplied by 1.4. In the Trajectoires et origines survey conducted in France, 14% of immigrant men and 16% of immigrant women in need of care had UHCNFR in the 12 last months (compared to 12% of men and 20% of women of the majority population) (Hamel and Moisy 2013). This percentage varied according to the countries of origin with men from North Africa and women from sub-Saharan Africa who were most concerned. This percentage was even higher for people from FOD/T with a need for care with 20% of men and 27% of women reporting having given up care in the last 12 months. These figures are not strictly comparable to our analysis because they relate only to people estimated in need of care. Limiting the analysis to these is questionable. When this logic is applied to our data, immigrants reporting an impaired state of health or functional limitations still have a higher rate of unmet needs than the majority population (data not shown). In our study, immigrants from sub-Saharan Africa and North Africa also had the highest risk of UHCNFR. The French SIRS cohort also allowed an analysis of the level of unmet needs according to origin (Renahy, Vallée et al. 2012). Compared to French nationals born to two French parents, French born to foreign parents were more likely to have incident unmet needs for financial reasons between 2005 and 2010. As for foreigners, the increased risk of incident unmet needs was no longer significant once the social and medical characteristics were taken into account. In 2003, unmet needs were reported by 10% of immigrants in Canada and recent immigrants reported more UHCNFR compared to those that immigrated to Canada more than ten years ago or to people born in Canada (Sanmartin and Ross 2006, Levesque, Pineault et al. 2008, Marshall, Wong et al. 2010). In another Canadian study, immigrants have a lower all-cause unmet needs risk than non-immigrants after controlling for differences in help-seeking characteristics but difference were found between immigrants and non-immigrants in reasons for unmet needs, with more immigrants believing that the care would be inadequate, not knowing where to access health care, and having foreign language problems (Wu, Penning et al. 2005).

The association observed between immigrants, people from FOD/T and descendants of immigrants and the unmet health care needs are largely explained by their degraded social conditions (financial situation, health coverage and discrimination). However, although the study allows for an adjustment to known risk factors, an increased risk of unmet needs persists for these three populations after adjustment. This could be explained by the subjective nature of the indicator, which may not mean the same thing for immigrants. Nonetheless, one can expect under declaration among immigrants if we refer to health care access in their country of origin.

However, the immigrants who participated have arrived in France for more than 20 years and have probably moved closer to the perceptions of the majority population. There are more likely other factors explaining these differences that could not be controlled in the analysis. It is important to emphasize here that the survey methodology does not allow conclusions to be drawn about migrants recently arrived in France who are not represented in the sample. Among the people attending the free consultations of Doctors of the World, 95% of whom are foreign, 20% report having UHCNFR (Chappuis, Tomasino et al. 2014). In this population, having arrived for more than a year, the absence of housing, being undocumented and the absence of health insurance coverage were associated with more UHCNFR. In a study of undocumented migrants beneficiaries of State Medical Assistance, 25% reported UHCNFR (Boisguérin and Haury 2008). In the European Social Survey conducted in 2008 within 29 European countries, undocumented migrants were more likely to report fear of giving up care in the next 12 months (Cylus and Papanicolas 2015). An Australian study has investigated and demonstrated the value of developing tools for measuring the unmet needs of immigrants with culturally competent multi-lingual health information and patient support (McGrane, Butow et al. 2014). The importance of taking into account the language barrier to fight unmet needs has been emphasized elsewhere (Butow, Bell et al. 2013). Moreover, without examining the concept of unmet healthcare needs in people who speak French as a second language, self-report measures of unmet needs may be inadequate (Marshall, Wong et al. 2010). There is no standardized translation of self-reported unmet healthcare needs questions in the languages of immigrants like Arabic. Thus, this indicator may either underestimate or overestimate unmet needs. Furthermore, use of a different

healthcare system appear to be factors that influence the reporting of unmet healthcare needs (Marshall, Wong et al. 2010).

As has been described elsewhere, women are more exposed to unmet needs (Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Levesque, Pineault et al. 2012, Renahy, Vallée et al. 2012, Cavalieri 2013, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Cylus and Papanicolas 2015, Kim, Kim et al. 2015). This could be linked to different expectations of the health system and higher care needs. It is corroborated by greater consumption of care (Renahy, Vallée et al. 2012). People over 65 years of age report less often giving up care than younger people, as reported elsewhere (Levesque, Pineault et al. 2012, Renahy, Vallée et al. 2012). This difference is not explained by better health coverage (data not shown), but the questionnaire did not provide information on being supported 100% under a long-term illness (100% coverage provided by French social security for people with 30 serious illnesses). This difference is no longer significant after adjustment for the financial and professional situation. People with a low level of education give up more care but this is mainly due to their social characteristics. This association is found constantly in the studies (Després, Dourgnon et al. 2011, Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Pappa, Kontodimopoulos et al. 2013, Kim, Kim et al. 2015, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017). Social isolation appears to be an independent risk factor for renunciation as has been described elsewhere (Renahy, Vallée et al. 2012). Unmet needs were more common among unemployed and less frequent among students as reported elsewhere (Dourgnon, Guillaume et al. 2012, Cylus and Papanicolas 2015). Unemployment has detrimental effects on the health of individuals, which carry psychological, physical and financial consequences (Wilkinson and Marmot 2003). Few studies have examined the link between food insecurity and the renunciation of care recognized here (Baggett, O'Connell et al. 2010). The factor most strongly related to unmet needs is, as expected, the financial situation of the participants (Allin and Masseria 2009). Some studies from countries with universal health care coverage report only slight associations between unmet health care and income (Mielck, Kiess et al. 2009, Levesque, Pineault et al. 2012, Rottger, Blumel et al. 2016). This observation is not verified for France. People without complementary health insurance coverage are more at risk of unmet needs, probably in connection with remaining costs (Després, Dourgnon et al. 2011, Renahy, Vallée et al. 2012, Célant, Dourgnon et al. 2014). The beneficiaries of

the Universal Health Coverage are also more exposed to the renunciations, but once the financial situation taken into account, this health coverage for the poor rather protects them to give up care. Participants reporting violence or discrimination in the past 12 months were at greater risk of giving up care. This association has been little studied. We found a single study that found a link between violence and foregone care (Bazin, Parizot et al. 2005). Victims of discrimination may avoid seeking care for fear of being discriminated. Participants with poor perceived health status, functional limitation and/or chronic disease were at greater risk of giving up care. This association is known and is related to the increased in unsatisfied health needs and the higher cost of care (Bazin, Parizot et al. 2005, Allin and Masseria 2009, Ronksley, Sanmartin et al. 2012, Popovic, Terzic-Supic et al. 2017). Barriers to accessing health care could also have negative consequences for the health of poor people with chronic diseases (Mielck, Kiess et al. 2009, Levesque, Pineault et al. 2012, Cavalieri 2013, Rottger, Blumel et al. 2016).

When the analysis considers the social characteristics and region of origin of immigrants, it appears that immigrants from Europe and naturalized immigrants are less differentiated from the majority population. People who spent more than 2/3 of their lives in mainland France are more at risk of UHCNFR than people who had spent their entire life in France.

Predictors of unmet health care needs for immigrants are close to those known in the literature and included women, economic precariousness and food insecurity (data not shown, see Supplementary file). This last analysis lacks power to highlight moderate effects. Little information is available on the characteristics of immigrants other than their native country, nationality, age at arrival and length of stay in France. Information on the reasons for migration, type of permit of residence, language spoken at home and social support are not available. Non-European immigrants and those who arrived in France before the age of 25 were more at risk of unmet needs. Only the association with the age of arrival remained significant after adjustment.

The strength of this study is that it is one of the largest surveys to date in France in terms of health information based on a large nationally representative sample. The collection of the country of birth of

the participants and their parents allows a comparison of the majority population and immigrants and their descendants in a context of growing vulnerability of immigrants, which generates inequalities in health. The rate of participation (61%) is satisfactory for such health surveys in France. This study has some limitations. Data on unmet health care needs is based on self-perception and therefore reflects the subjective experience that is influenced by the social and cultural environment of the participants. Selection bias cannot be ruled out and some populations, especially the most deprived such as homeless people, migrants recently arrived in France and undocumented migrants are likely to be under-represented, even though some were interviewed thanks to the sample based on mobile phone numbers. Only French speaking immigrants were interviewed. Those without a telephone contact could not be included in the study. Only 37 participants (0.21%) were beneficiaries of State Medical Assistance, specific health coverage for undocumented migrants. It cannot be ruled out that non-participants have different levels of unmet needs. Moreover, the lack of oversampling of the immigrant population leads to a too small number of immigrants to be able to carry out detailed analysis by origin. The evaluation of the unmet needs for financial reasons is based on a single question, it is not possible to analyse more precisely the type of care for which the participants gave up. On the other hand, one of the strengths of this study is to allow a comparison with the general population, unlike surveys conducted only with migrant populations (Attias-Donfut and Tessier 2005, Vignier, Desgrees du Lou et al. 2018).

## **Conclusion**

Self-reported unmet need provides opportunities to examine inequalities in access to health care of immigrants. Immigrant and people from French overseas departments are twice as likely to give up care, partly in connection with their degraded social conditions. However, after adjustment, there is still an association between immigrant status and unmet health care needs that requires additional studies. The main predictor of unmet health care needs for immigrants is financial difficulties. Health decision makers, public insurance bodies and health professional councils must address this issue to reduce inequalities in access to health care for immigrants and their descendants. It is important to continue monitoring this indicator indicative of significant health inequalities.

#### Consent for publication

All authors consented to the publication.

#### Availability of data and material

All the relevant data for our analyses are fully described in the paper.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Authors' contributions

N.L. designed the research and organized the data collection. N.V., J.P. and A.O. prepared and analysed the data. All authors participated in the data interpretation. N.V. performed the literature search and drafted the manuscript. P.C., O.B., N.L. and J.P. critically revised the manuscript for important intellectual content. N.V. had full access to all the data and final responsibility for the decision to submit for publication.

#### **Acknowledgements**

The authors would like to thank all the people who participated in the study, Santé Publique France for the financing of the survey and the provision of data, F. Beck, A. Gautier, R. Guignard and J.-B. Richard for the methodology and coordination of the survey, C. Vuillermoz and A. Ravalihasy for their support in analysing the data.

#### **References**

1. Whitehead M, Dahlgren G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1**. In. Copenhagen: University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.; 2006.
2. Nay O, Bejean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. **Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities**. Lancet 2016.
3. Duguet AM, Beviere B. **Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France**. Eur J Health Law 2011; 18(1):27-35.

4. Allin S, Grignon M, Le Grand J. **Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?** *Social science & medicine* 2010; 70(3):465-472.
5. Allin S, Masseria C. **Unmet need as a indicator of health care access.** *Eurohealth (London)* 2009; 15(3):7-9.
6. French Ministry of Health. **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Law No. 2004-806 of 9 August 2004 on Public Health Policy].** In; 2004.
7. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Rochereau T, Sermet C. **L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. [The 2012 Health and Social Protection Survey (ESPS). First results].** *Questions d'économie de la santé* 2014; 198.
8. Boisguérin B. **Renoncement aux soins. Actes du colloque. [Unmet health care need. Proceedings of the conference].** Paris: Drees; 2011.
9. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. **Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. [Unmet health care needs: a socio-anthropological approach].** *Questions d'économie de la santé* 2011; 169.
10. Bertet H, Etienne M-C, Cheyrezy R, Clarivet B, Chaize J-L, Picot M-C. **Identification des facteurs de renoncement aux soins chez les patients précaires. [Identifying factors of unmet needs in precarious patients].** *Rev Epidémiol Santé Pub* 2011; 59S:S18-S36.
11. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. **Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. [Giving up on health care care for financial reasons: an econometric approach].** *Questions d'économie de la santé* 2011; 170.
12. Berchet C, Jusot F. **Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. [State of health and care of immigrants: a summary of French work].** *Questions d'économie de la santé* 2012; 172.
13. Chappuis M, Tomasino A, Fahet G, Gardiès E, Bouillie T. **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2013. [Observatory of access to rights and care of the mission France. Report 2013].** In: *Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées*; 2014.
14. Renahy e, Vallée J, Parizot I, Chauvin P. **Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS. [Unmet healthcare needs for financial reasons in the Paris urban area. Social determinants and evolution between 2005 and 2010 in the SIRS cohort].** In: *Le renoncement aux soins Actes du colloque [Unmet healthcare needs Proceedings of the conference].* Paris: Drees; 2012. pp. 41-66.
15. Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. **Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data.** *PloS one* 2017; 12(11):e0187866.
16. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. **Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population.** *International journal of environmental research and public health* 2013; 10(5):2017-2027.
17. Shi L, Stevens GD. **Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors.** *J Gen Intern Med* 2005; 20(2):148-154.
18. Pagan JA, Pauly MV. **Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults.** *Health Serv Res* 2006; 41(3 Pt 1):788-803.
19. Reeves A, McKee M, Stuckler D. **The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs.** *Eur J Public Health* 2015; 25(3):364-365.
20. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Lavis J, Naudin F, et al. **Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen. [Policies to reduce health inequalities, what place for the health system? European lighting].** *Questions d'économie de la santé* 2005; 93.
21. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. **Migration and health in an increasingly diverse Europe.** *Lancet* 2013; 381(9873):1235-1245.
22. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. **Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.** *Fam Pract* 2006; 23(3):325-348.
23. Gray BH, van Ginneken E. **Health care for undocumented migrants: European approaches.** *Issue Brief (Commonw Fund)* 2012; 33:1-12.



24. Dourgnon P, Jusot F, Silva J, Sermet C. **Immigrants' access to ambulatory care in France.** *Questions d'économie de la santé* 2009; 146.
25. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. **Etat de santé des populations immigrées en France [Health of immigrant populations in France].** Document de travail 2008; 14:1-22.
26. Attias-Donfut C, Tessier P. **Santé et vieillissement des immigrés. [Health and aging of immigrants].** *Retraite et Société* 2005; 46:90-129.
27. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. **Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration. [Health inequalities related to immigration in France. Effect of living conditions or selection on migration].** *Revue économique* 2009; 60(2):385-411.
28. Hamel C, Moisy M. **Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série Trajectoires et Origines (TeO) : enquête sur la diversité des populations en France. [Immigrants and descendants of immigrants face health. Series Trajectories and Origins (TeO): survey on the diversity of populations in France].** Documents de travail 2013; 190:50.
29. Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard J-B. **Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 [Survey Methodology of the 2010 Health Barometer].** In: *Baromètre santé 2010.* Edited by Inpes c. Saint Denis: Santé Publique France; 2013. pp. 28.
30. Marshall EG, Wong ST, Haggerty JL, Levesque JF. **Perceptions of unmet healthcare needs: what do Punjabi and Chinese-speaking immigrants think? A qualitative study.** *BMC Health Serv Res* 2010; 10:46.
31. Sanmartin C, Ross N. **Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region.** *Health Policy* 2006; 1(2):103-119.
32. Levesque JF, Pineault R, Robert M, Hamel D, Roberge D, Kapetanakis C, et al. **Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary care services?** In: *Montreal: Gouvernement du Québec.* . 2008.
33. Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM. **Immigrant status and unmet health care needs.** *Can J Public Health* 2005; 96(5):369-373.
34. Boisguérin B, Hauray B. **Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. [The beneficiaries of the State Medical Assistance in contact with the health care system].** *Etudes et résultats* 2008; 645:1-8.
35. Cylus J, Papanicolas I. **An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?** *Health Policy* 2015; 119(9):1133-1144.
36. McGrane JA, Butow PN, Sze M, Eisenbruch M, Goldstein D, King MT. **Assessing the invariance of a culturally competent multi-lingual unmet needs survey for immigrant and Australian-born cancer patients: a Rasch analysis.** *Qual Life Res* 2014; 23(10):2819-2830.
37. Butow PN, Bell ML, Aldridge LJ, Sze M, Eisenbruch M, Jefford M, et al. **Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study.** *Support Care Cancer* 2013; 21(9):2509-2520.
38. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. **Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [French Health and Social Protection Survey 2010].** In: Edited by Les rapports de l'IRDES; 2012.
39. Cavalieri M. **Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis.** *Int J Health Geogr* 2013; 12:27.
40. Kim J, Kim TH, Park EC, Cho WH. **Factors influencing unmet need for health care services in Korea.** *Asia Pac J Public Health* 2015; 27(2):NP2555-2569.
41. Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, et al. **Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province.** *BMC Fam Pract* 2012; 13:66.
42. Wilkinson RG, Marmot MG. **Social determinants of health: the solid facts.** In: *World Health Organization;* 2003.
43. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. **The unmet health care needs of homeless adults: a national study.** *Am J Public Health* 2010; 100(7):1326-1333.

44. Rottger J, Blumel M, Koppen J, Busse R. **Forgone care among chronically ill patients in Germany-Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals.** Health policy 2016; 120(2):170-178.
45. Mielck A, Kiess R, von dem Knesebeck O, Stirbu I, Kunst AE. **Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries - analyses based on survey data from the SHARE-study.** BMC Health Serv Res 2009; 9:52.
46. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. **Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003.** Eur J Public Health 2005; 15(4):361-367.
47. Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, et al. **Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs.** Open Med 2012; 6(2):e48-58.
48. Vignier N, Desgrees du Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. **Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study.** PloS one 2018; 13(2):e0192916.

## **CHAPITRE 3. UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE APRES LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH OU LE VHB**

Ce troisième et dernier chapitre présente les données disponibles sur l'accès aux soins des immigrants vivant avec le VIH ou une HBC une fois le diagnostic posé à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours.

### **1. Infection par le VIH**

Ce premier travail s'est intéressé au délai avant l'entrée en soins après le diagnostic de l'infection par le VIH pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Les personnes incluses dans le groupe VIH de l'enquête ANRS-Parcours, diagnostiquées en France après leur arrivée et ne présentant pas de données manquantes ont été sélectionnées. Au total, 792 personnes ont été incluses dans l'analyse. Les caractéristiques sociodémographiques ont été décrites en fonction du sexe. Le diagnostic, le début et la continuité du suivi spécialisé étaient renseignés chaque année dans la grille biographique. Le temps nécessaire à l'entrée en soins a été évalué à l'aide de courbes de Kaplan Meier avec un pas d'une année et le taux de retard à l'entrée en soins, défini dans notre analyse comme le fait de ne pas être entré en soins l'année du diagnostic mais au-delà (les personnes jamais entrées en soins étant, de fait, non incluses dans l'étude car non sélectionnables), a été estimé. Les données de la grille biographique ne permettaient pas une description plus fine par semaine ou mois de ce délai.

Une première analyse s'est intéressée aux facteurs associés à un engagement précoce en soins année après année après l'arrivée en France. Un modèle de régression logistique à temps discret a été utilisé à cette fin, modèle permettant de tenir compte du temps pour les variables renseignées chaque année comme la couverture maladie et le droit au séjour comme expliqué dans le chapitre 1. L'analyse débutait l'année du diagnostic du VIH et l'évènement considéré était l'année de l'entrée en soins. L'analyse a ainsi cumulé 860 personne-années. La richesse des indicateurs disponibles dans le questionnaire de l'enquête ANRS-Parcours (sexe, âge au moment de l'enquête et à l'arrivée, niveau d'éducation, raison de la migration, période de migration, délai au diagnostic du VIH, circonstances du dépistage, stade de la maladie au diagnostic) et le fait de disposer de co-variables dépendantes du temps (droit au séjour,

logement, ressources, activité, couverture maladie, hospitalisation, grossesses) permettait un ajustement fin sur les conditions sociales et médicales.

Dans une deuxième partie, l'ancienneté du suivi et sa constance ont été décrites à l'aide de courbes de Kaplan-Meier. La fréquence des ruptures de suivi (d'au moins une année, le pas de la grille biographique étant d'un an), leur délai de survenue et leur durée ont également été décrits. Une deuxième analyse multivariée a ainsi permis d'individualiser les facteurs associés à ces ruptures à l'aide d'un modèle de régression logistique à temps discret tenant compte du temps depuis l'entrée en soins jusqu'à l'année de l'enquête. L'évènement considéré était la rupture de suivi.

Ce travail a fait l'objet d'un article soumis à la revue *AIDS Care* qui est actuellement en cours de review :

- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydie N, Desgrées du Loû A, Bouchaud O, Chauvin P and the ANRS-Parcours Study group. Time lags between diagnosis and engagement into HIV care of sub-Saharan African migrants living with HIV in the Paris region. *AIDS Care* (accepté sous réserve de modification)

Et d'une communication affichée présentée à la 9<sup>ème</sup> conférence internationale francophone VIH/Hépatites AFRAVIH à Bordeaux en 2018 :

- Vignier N, Dray-Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Chauvin P and the ANRS-PARCOURS Study group. Délai entre le diagnostic et leur entrée en soins des *migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en Ile de France*. 9<sup>ème</sup> Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH, 4-7 Avril 2018, Bordeaux, France.

Ce travail a montré que la grande majorité des immigrés subsahariens vivant avec le VIH en Ile-de-France (en soins) avaient accédé à une prise en charge spécialisée l'année du diagnostic de l'infection par le VIH, mais que près de 6% d'entre eux avaient eu un retard à l'entrée en soins. Cette entrée rapide en soins était favorisée pour les participants qui étaient arrivés en France après 2000, si le dépistage avait été réalisé à l'initiative du médecin et parmi ceux qui disposaient d'une couverture maladie l'année du diagnostic. En revanche, ceux qui avaient immigré parce qu'ils étaient menacés dans leur pays d'origine ou pour « tenter leur chance » (et par analogie inversée avec la phrase précédente, ceux qui ne disposaient pas de couverture maladie au moment du diagnostic ou dont le dépistage avait été réalisé à leur propre initiative) étaient plus à risque d'avoir un retard dans leur accès aux soins.

Une fois entrés en soins, la majorité des participants (en soins au moment de l'enquête donc) le restaient. Seuls 4,3% des participants avaient expérimenté une rupture de suivi d'au moins une année. Cette rupture survenait tardivement, en médiane 3-4 ans après l'entrée en soins et durait 2 à 3 années. Le fait d'être dépendant de son conjoint ou de sa famille pour les ressources financières et le fait d'avoir été diagnostiqué à un stade avancé de l'infection par le VIH ( $CD4 < 200/mm^3$  ou stade SIDA) étaient les principaux facteurs associés avec une rupture de suivi d'au moins un an dans l'analyse multivariée.

**Article accepté sous réserve de modifications :**

Time lags between diagnosis and engagement into HIV care of sub-Saharan  
African migrants living with HIV in the Paris region

**Short title:**

Sub-Saharan African migrants' linkage to care

Nicolas VIGNIER<sup>1,2\*</sup>, Annabel DESGREES DU LOU<sup>3</sup>, Julie PANNETIER<sup>3</sup>, Andrainolo RAVALIHASY<sup>3</sup>,  
Anne GOSSELIN<sup>3</sup>, France LERT<sup>4</sup>, Nathalie LYDIE<sup>5</sup>, Olivier BOUCHAUD<sup>6</sup>, Rosemary DRAY SPIRA<sup>1</sup>, Pierre  
CHAUVIN<sup>1</sup> and the PARCOURS Study Group

1: INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP),  
Department of Social Epidemiology, F75012 Paris, France

2: Groupe hospitalier Sud Ile-de-France, Department of Infectious and Tropical Diseases, Melun, France

3: IRD, INSERM, Université Paris Descartes, CEPED, SAGESUD team, Paris, France

4: INSERM, Center for Research in Epidemiology and Population Health (CESP-U 1018), Villejuif, France

5: Santé Publique France, French National Agency of Public Health, Saint-Maurice, France

6: Paris 13 University, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Avicenne Hospital, Department of  
Infectious and Tropical diseases, and Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412), Bobigny,  
France.

\*Corresponding author: Nicolas VIGNIER, Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale, Institut Pierre Louis  
d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP), 27 rue de Chaligny, 75012 Paris, France –

E-mail: [vigniernicolas@yahoo.fr](mailto:vigniernicolas@yahoo.fr)

Tel.: 00 33 1 78 94 98 74 Fax: 00 33 1 78 94 98 79

^Membership of the PARCOURS Study Group is provided in the Acknowledgements.

Funding: The French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS) and Santé Publique  
France

**Abstract:**

In France, migrants from sub-Saharan Africa (SSA) are often diagnosed at an advanced stage and many of them have harsh living conditions. We aimed to evaluate their linkage to care after HIV diagnosis and its social determinants. The ANRS PARCOURS is a life-event survey conducted in 2012-2013 in the Paris region among SSA migrants living with HIV. We measured the time between HIV diagnosis and HIV care, and then assessed the determinants, year after year, with mixed-effects logistic regression models. Among a total of 792 participants diagnosed HIV-infected after their arrival in France, 94.2% engaged into HIV care within the year of HIV diagnosis, 4.3% in the following year and 2.5% beyond the second year after the diagnosis. Participants were more likely to engage into HIV care during years when they were effectively covered by a health insurance and if the HIV test was carried out at the initiative of the doctor. Having migrated for economic reasons or owing to threats in his/her country of origin were associated with a delayed engagement into HIV care. Also, 4.3% of treated participants have had discontinued their HIV care at least once at the time of the survey, more often if they were diagnosed at an advanced HIV disease stage. The engagement into care of those diagnosed infected by HIV occurs promptly after their diagnosis. However, some migration and health insurance-related factors were found to be associated with some delays that can be addressed.

**Abstract:**

In France, migrants from sub-Saharan Africa (SSA) are often diagnosed at an advanced stage of HIV, and many of them have harsh living conditions. We aimed to evaluate the entry into care after HIV diagnosis and examine the related social determinants. The ANRS PARCOURS study is a life-event survey conducted in 2012-2013 in the Paris region among SSA migrants living with HIV. We measured the time between HIV diagnosis and HIV care and then assessed the determinants yearly by using mixed-effects logistic regression models. Among a total of 792 participants diagnosed with HIV, who were infected after their arrival in France, 94.2% engaged in HIV care within the year of HIV diagnosis, 4.3% in the following year and 2.5% beyond the second year after diagnosis. The participants were more likely to engage in HIV care during years when they were effectively covered by health insurance and if the HIV test was carried out at the initiative of the doctor. Immigration for economic reasons or owing to threats in his/her country of origin was associated with delayed engagement in HIV care. Additionally, 4.3% of treated participants discontinued HIV care at least once at the time of the survey and more often if diagnosed at an advanced HIV disease stage and financially dependent. Although the engagement in care of those diagnosed and infected with HIV occurs in the year after their diagnosis, some migration and health insurance-related factors were found to be associated with delays that can be addressed. Therefore, it seems important to maintain French universal access to health insurance for all migrants, including undocumented migrants, to develop social support and to pay special attention to migrants without health coverage at the time of diagnosis, those who have migrated to find work or owing to threats, or those diagnosed following self-screening.

**Key Words:** Health Insurance, African Migrants, Undocumented Migrants, HIV, Healthcare Quality, Access, and Evaluation



## **Introduction**

Migration is a global phenomenon that influences the health of individuals and populations over the course of a lifetime (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011). With 18.5% immigrants at the last census of 2013, the proportion of immigrants in the Paris region is twice as high as that of the whole of France (Boussad, Couleaud, & Sagot, 2017), and 60% of sub-Saharan African (SSA) migrants in France live in this same region. The migrants are mainly from French-speaking countries in West or Central Africa. Newly arrived SSA migrants often go through an extended period of hardship in France (Desgrees-du-Lou et al., 2016; Gosselin et al., 2016; Perrin-Haynes, 2008). Even after six or seven years in France, half of SSA migrants still do not have all three basic elements of a settled life: a residence permit valid for at least one year, a personal residence and an activity that provides enough income to live on (Gosselin, et al., 2016). In France, people from SSA were also the most exposed to discrimination (Beauchemin, Hamel, Lesne, Simon, & TeO survey team, 2009).

So far, in terms of healthcare, France has a generous social protection system that has progressively covered the entire population, including the poor (through the Universal Health Coverage) and the undocumented migrants (through the State Medical Assistance) since 2000 (Andre and Azzedine, 2016; Nay et al., 2016).

In the Paris region, migrants from SSA represent 45% of newly diagnosed HIV cases in 2016 (Silué, Mouchetrou Njoya, & Lepoutre, 2017). Migrants are at a higher risk of delayed diagnosis of HIV infection (Mocroft et al., 2013). Indeed, 35% of migrant women and 45% of migrant men are diagnosed with advanced HIV disease (CD4 count below 200 cells/mL or AIDS-defining event) (Bonnet et al., 2017; Silué, et al., 2017), and migrants account for 46% of people diagnosed with AIDS (Lot et al., 2011). People from SSA are more likely to have been tested in their lifetime than those of French origin but remain at higher risk for late diagnosis (CD4 count below 350 cells/mL or AIDS-defining event) (Lapostolle, Massari, & Chauvin, 2011). Access to HIV testing for SSA migrants in France is promoted by a liaison between the healthcare system, which is then facilitated by unemployed and undocumented migrants after their arrival, with specific health insurance for people in precarious situations and care structures dedicated for the poor, excluded and/or uninsured patients (free healthcare clinics run in public hospitals or by NGOs) (Limousi et al., 2017). Heterosexuals born abroad represent one-third of persons living with HIV (PLWHIV) of unknown status (Supervie, Ndawinz, Lodi, & Costagliola, 2014). Once diagnosed HIV positive, a delay in the introduction of antiretroviral therapy has been reported only for men from sub-Saharan Africa with CD4 counts greater than 350/ $\mu$ L (de Monteynard et al., 2015). There is limited empirical research available that analyses the engagement in care of migrants after HIV

diagnosis. Health insurance coverage could play an important role in diagnosis, entry and retention in care (McManus et al., 2016). Conversely, refusals of care or being underprivileged may have a negative impact (Douay, Toullier, Benayoun, Castro, & Chauvin, 2016; Vignier, Dray Spira, Bouchaud, Desgrées du Lou, & Chauvin, 2018), while in France, similar to elsewhere, being engaged in care reduces mortality and morbidity, promotes medication adherence, and limits the spread of the epidemic through the impact of early antiretroviral therapy on HIV transmission (Cohen et al., 2011; Montlahuc et al., 2013; Mugavero et al., 2009).

Using data from a large survey of sub-Saharan African people living with HIV in the Paris region, we aimed to assess the time lags between diagnosis and engagement in HIV care and examine how delay and the discontinuation of HIV care are associated with social, administrative and medical determinants.

## **Methods**

### **Study design and participants**

The ANRS PARCOURS study is a retrospective quantitative life-event survey conducted from February 2012 to May 2013 in dedicated HIV centres in the Paris region. Recruitment occurred in 24 facilities that were randomly selected from an exhaustive list of HIV outpatient hospital clinics.

Patients were eligible if they were born in sub-Saharan Africa, aged 18 to 59 years, and diagnosed HIV positive at least three months prior to inclusion. All eligible patients, except those with major cognitive or health impairments, were asked to participate in the study and were included after written consent was obtained. A trained interviewer administered a face-to-face, standardized, life-event history questionnaire to each participant. The information collected included socio-demographic characteristics, conditions of migration and life in France. Then, every event of interest was documented yearly concerning his/her relational, sexual, reproductive, health insurance and healthcare histories, including HIV testing and medical follow-up, using a biographical grid. Clinical and laboratory data were documented from medical records. All information was anonymously collected. Participants received a 15€ voucher. The protocol, questionnaires, biographical grid and data are available at the following website: <http://www.ceped.org/parcours/protocol-en.pdf>. The Advisory Committee on Data Collection in Health Research (CCTIRS) and the French Data Protection Authority (CNIL) approved this project.

## Outcomes and variables of interest

Participants were asked about the date, results, and surrounding circumstances of every HIV test reported in their whole lives. Based on this information, we identified people diagnosed HIV positive in France. People diagnosed before arriving in France were not included in the analysis. For each participant, the self-reported year of the HIV diagnosis was written on the biographical grid and verified from the medical records. The participants were then asked about the chronology of their entry into HIV care and care disruptions. The questions were asked as follows: “In what year did you first see a doctor for this disease? Have you always had medical follow-up since this consultation, or have you ever been away from your doctor for more than 12 months?” Information about being in care was collected every year after diagnosis and reported in the grid (unit of measure: year). All these data were self-reported. People who entered care beyond the year of their diagnosis were considered with delayed care entry.

Several categories of determinants of the time lags between diagnosis and engagement in HIV care were considered, corresponding to both fixed and time-dependent variables. The fixed variables included period of arrival in France (1980-1999 / 2000-2012), age, sex, educational level at arrival, reason for migration (to find work, join a family member, threatened in his country, and study or medical reasons) and circumstances of HIV testing. The circumstances of testing were classified into three categories: voluntary testing, at a doctor’s request (including as a part of a health check-up), or routinely proposed (prenatal or prenuptial testing, blood donation, residence permit application, insurance, and travel or mortgage requirements). The time-dependent variables included socioeconomic and administrative status each year: housing situation (own, by family, by associations, workers’ hostels, and none), permit of residence (none, temporary, 10 years, and French nationality), and resources (own work, from spouse or family, government allowances, and none). Other time-dependent variables were health insurance coverage, hospitalization and pregnancy. The unit of analysis for all time-dependent variables was the calendar year. All years between the year of the HIV diagnosis and the year of the start of HIV care were included.

## Statistical analyses

The characteristics of the participants were compared by sex using a chi-squared test or the Wilcoxon rank-sum test, as appropriate for quantitative variables.

For people living with HIV diagnosed after their arrival in France, we performed a Kaplan-Meier analysis to describe the time between diagnosis and engagement in HIV care. We used a discrete-time logistic regression to analyse the factors associated with the probability of entering HIV care for each year included. The variables included in the model were age, gender, arrival period, level of education, reason for coming, permit of residence, housing, resources, occupation, health insurance, circumstances and time to HIV diagnosis, HIV stage, pregnancy and pregnancy based on the literature and assumptions underlying the research. Discrete-time logistic regression models consider the time elapsed since the diagnosis, allowing the analysis of associations between the variables each year. Age, sex and variables with  $p < 0.20$  were included in the multivariate model. The data were weighted according to the probability of inclusion in the survey for each individual. The analyses were conducted using STATA 13.1 (Stata Corp., College Station, Texas, USA).

## Results

### Study population

A total of 1,829 individuals met the eligibility criteria, among which 111 were not offered participation by their physicians due to health problems that were serious enough to prevent the questionnaire from being completed and 30 could not participate because of a language barrier. Of the 1,688 individuals solicited, 926 agreed to participate and were surveyed (participation rate, 54.9%). A total of 100 participants were excluded from the present analysis because they had been diagnosed with HIV before arriving in France and an additional 34 were excluded because the diagnosis occurred during a year spent outside France or due to missing data. In the end, a total of 792 participants were included in the analysis.

Women accounted for 63.1% of the participants. The socio-demographic characteristics of the participants are described in Table 1. Most people originated from Western and Central Africa. Men most often reported coming to France to seek work, and women reported that they came for family unification. The median duration of residence in France was 12 years for men and 11 years for women.

The median age at the time of the HIV diagnosis was 46 for men (range: 22-60) and 40 for women (20-59). Diagnosis occurred in the third year after arrival for men and in the second year for women (median values, Table 1). Testing was most often performed at the initiative of a health professional or during pregnancy for women. Late presentations were frequent (71.5% and 60.0% for men and women, respectively). At the time of diagnosis, few people had a permanent resident permit, personal housing and personal financial resources, and almost one in six participants did not have health insurance coverage.



**Table 1. Socio-demographic characteristics of sub-Saharan African migrants living with HIV in the Paris region (N=792). ANRS-PARCOURS study.**

	<b>Men</b> N = 300 n (weighted %)	<b>Women</b> N = 492 n (weighted %)	<b>p</b>
<b>Age at arrival in France (years)</b>			
18–24	77 (26.0)	168 (33.7)	0.14
25–29	74 (26.7)	126 (26.0)	
30–60	149 (47.3)	198 (40.4)	
<b>Arrival period in France</b>			
1980–1999 <sup>1</sup>	146 (49.0)	196 (41.2)	0.12
2000–2012	154 (51.1)	296 (58.8)	
<b>Educational level at arrival</b>			
None/primary	85 (25.2)	140 (27.9)	<0.01
Secondary	141 (47.0)	278 (57.5)	
Postsecondary	73 (27.8)	71 (14.57)	
<b>Region of birth</b>			
West Africa	171 (56.5)	252 (50.7)	0.29
Central Africa	123 (41.7)	231 (46.3)	
Central/East/Southern Africa	6 (1.8)	9 (3.0)	
<b>Reason for coming to France</b>			
Find work	152 (44.9)	182 (35.8)	<0.01
Threatened in his/her country	48 (18.7)	52 (9.0)	
Join a family member or study	89 (33.0)	227 (48.4)	
Medical reasons	8 (3.4)	31 (6.8)	
<b>Duration of stay in France at the time of the study</b>			
Median	12	11	0.01
IQR	8–23	7–18	
<b>Time to HIV diagnosis after arrival in France</b>			
Median	3	2	0.01
IQR	1–11	0–5	
<b>Circumstances of testing</b>			
Voluntary testing	68 (20.9)	86 (17.0)	<0.001
Routine testing	24 (7.7)	156 (33.2)	
At the physician's initiative	206 (71.4)	242 (49.8)	
<b>Age at HIV diagnosis</b>			
20–34	39 (13.1)	109 (22.1)	<0.001
35–44	96 (30.1)	227 (45.5)	
45–60	165 (56.8)	156 (32.4)	
<b>Resident permit at HIV diagnosis</b>			
None	88 (29.8)	152 (29.0)	0.13
Temporary resident permit	125 (41.9)	235 (47.3)	
Resident permit (10 years)	54 (16.6)	74 (18.0)	
French nationality	33 (11.7)	30 (5.7)	
<b>Housing situation at HIV diagnosis</b>			

Own housing	127 (45.4)	183 (40.4)	0.06
Housed by family	72 (25.6)	182 (36.2)	
Associations, worker's hostels	35 (10.3)	28 (5.9)	
No stable housing	62 (18.7)	98 (17.4)	
<b>Resources at HIV diagnosis</b>			
Own work	218 (74.5)	280 (59.4)	0.02
From spouse or family	30 (10.9)	113 (23.9)	
Government allowances	20 (7.2)	31 (7.4)	
No resource	21 (7.4)	38 (9.3)	
<b>Health insurance coverage at HIV diagnosis</b>			
	245 (81.4)	419 (86.9)	0.07
<b>Pregnancy at HIV diagnosis (of the partner for men)</b>			
	35 (11.4)	123 (26.5)	<0.001
<b>Late presentation of HIV infection at diagnosis (CD4 &lt; 350 cells/mL or AIDS-defining event)</b>			
	211 (71.5)	275 (60.0)	0.07
<b>Advanced HIV disease at diagnosis (CD4 &lt; 200 cells/mL or AIDS-defining event)</b>			
	125 (43.5)	148 (33.6)	0.11
<b>Hospitalization the year of HIV diagnosis</b>			
	74 (25.4)	73 (15.0)	0.01
<b>Have a chronic illness other than HIV</b>			
	72 (23.4)	131 (27.4)	0.09

Weighted percentages. P value: design-based chi-squared test comparison of proportion and quantile regression with robust variance estimator for median comparison across groups. IQR, interquartile range.

<sup>1</sup>Year of creation of Universal Health Coverage

### Time lags between diagnosis and engagement in HIV care

A large majority (94.2%) of the sub-Saharan African migrants living with HIV had access to HIV care within the year of their diagnosis, 4.3% the next year, 0.6% in the 3rd or 4th year and 0.9% in the 5th year or beyond. Thus, 5.9% had delayed care entry.

### Factors associated with early engagement in HIV care yearly since HIV diagnosis

In the multivariate analysis (Table 2), participants with health insurance coverage, those for whom HIV testing was at the initiative of the physician relative to voluntary or routine testing and those who arrived in France after 2000 relative to those who arrived between 1980 and 1999 were more likely to enter HIV care in the year of

diagnosis. Conversely, immigration owing to threats in the country of origin or to find work compared to having migrated to join a family member was associated with delayed engagement in care.

No other vulnerable living conditions, such as an absence of residence permit or a lack of stable housing, were associated with a delay in entering care, and the stage of the HIV disease was also not associated.

**Table 2. Factors associated with early engagement in HIV care yearly since HIV diagnosis (mixed-effects logistic regression models) (N=782, 860 person-years). ANRS PARCOURS study.**

	n	Engagement within the HIV diagnosis year	Univariate OR [95% CI] <sup>a</sup>	Multivariate OR [95% CI] <sup>b</sup>
<b>Gender</b>				
Men	300	93.9%	1.00	1.00
Women	492	94.4%	0.82 [0.45-1.48]	1.07 [0.61-1.86]
<b>Arrival period in France</b>				
1980–1999	342	92.8%	1.00	1.00
2000–2012	450	95.3%	1.95*[1.09-3.46]	2.57*[1.39-4.75]
<b>Age<sup>o</sup></b>				
20–34	148	93.4%	1.39 [0.63-3.10]	1.01 [0.42-2.42]
35–44	323	95.4%	1.46 [0.74-2.87]	1.25 [0.63-2.50]
45–60	321	93.4%	1.00	1.00
<b>Level of education at arrival</b>				
None/primary	225	93.6%	1.00	
Secondary	419	94.3%	1.16 [0.61–2.20]	
Postsecondary	144	94.9%	1.02 [0.43–2.43]	
<b>Reason for coming to France</b>				
Find work	334	93.1%	0.43*[0.19–0.96]	0.36*[0.16–0.85]
Join a family member	228	96.4%	1.00	1.00
Threatened in his/her country	100	90.5%	0.42 [0.16–1.07]	0.34*[0.13–0.94]
Study	88	95.3%	0.42 [0.14–1.27]	0.36 [0.13–1.03]
Medical reasons	39	95.7%	0.89 [0.14–5.61]	0.50 [0.06–4.32]
<b>Permit of residence<sup>o</sup></b>				
No residence permit	240	92.8%	0.88 [0.42–1.83]	
Temporary residence permit	360	95.3%	1.70 [0.80–3.61]	
Residence permit (10 years)	128	95.5%	1.00	
French nationality	63	90.7%	0.81 [0.37-1.80]	
<b>Housing situation<sup>o</sup></b>				
Own housing	310	93.0%	1.00	
Housed by family	254	95.2%	1.43 [0.65–3.14]	
Associations	19	100.0%	3.06 [0.89–10.5]	
No stable housing	160	95.5%	1.19 [0.62–2.30]	
Workers' hostel	44	93.5%	1.89 [0.27–13.4]	
<b>Resources<sup>o</sup></b>				
Own work	498	94.3%	1.00	



From spouse or family	143	96.7%	1.48 [0.52–4.17]	
Government allowances	51	88.8%	0.79 [0.24–2.59]	
No resource	59	96.3%	1.40 [0.51–3.82]	
<b>Occupation<sup>o</sup></b>				
Worker	482	93.9%	1.00	
Inactive	265	97.4%	2.31 [0.86–6.20]	
Student	45	80.0%	0.41 [0.17–1.00]	
<b>Health insurance coverage<sup>o</sup></b>				
Yes	664	95.6%	3.28**[1.65–6.51]	3.64***[1.82–7.28]
No	128	86.4%	1.00	1.00
<b>Time to HIV diagnosis after arrival in France (years)</b>				
Median (IQR)	2	[0-7]	1.02 [0.99–1.06]	
<b>Circumstances of HIV testing</b>				
Voluntary testing	154	88.0%	1.00	1.00
Routine testing	180	92.7%	0.99 [0.48–2.03]	0.56 [0.48–2.35]
At the initiative of the physician	448	96.6%	2.58**[1.28–5.20]	3.21**[1.56–6.57]
<b>Pregnancy<sup>o</sup> (of the partner for men)</b>				
Yes	158	95.5%	1.37 [0.60–3.11]	
No	634	93.9%	1.00	
<b>Advanced HIV disease (CD4 &lt; 200 cells/mL or AIDS-defining event)</b>				
Yes	273	93.3%	0.69 [0.38–1.26]	
No	481	94.9%	1.00	
<b>Hospitalization<sup>o</sup></b>				
Yes	147	94.5%	1.58 [0.43–5.75]	
No	645	94.2%	1.00	

CI, confidence interval; \*p < 0.05; \*\*p < 0.01.

<sup>a</sup>Odds ratio taking into account time

<sup>b</sup>Odds ratio taking into account time and adjusted for covariate

<sup>o</sup>Time-varying variables.

## Discontinuation of HIV care

Following enrolment in care, 4.3% of the participants reported having interrupted care for at least a year at the time of the survey. The discontinuation of HIV care occurred within four years from its start and lasted for a median of two years (Table 3). A few patients (n=4) reported a second disruption.

**Table 3. Follow-up of migrants living with HIV after entry into care (N=788). ANRS-PARCOURS study.**

	Men	Women	
	N = 298	N = 490	p
<b>Time between engagement in HIV care and study (year)</b>			
Median	7	8	<0.01
IQR	3-11	4-12	
<b>At least one discontinuation of HIV care for more than one year</b>			
n (weighted %)	8 (3.1)	21 (5.0)	<0.01
	N = 8	N = 21	
<b>Time between engagement in HIV care and the first discontinuation (year)</b>			
Median	4	3	<0.01
IQR	1.5-10	1-8	
<b>Time between the first discontinuation and reengagement in care (year)</b>			
Median	3	2	0.39
IQR	1-4.5	1-3	
<b>At least one second discontinuation of HIV care for more than one year</b>			
n (weighted %)	1 (16.9)	3 (11.6)	0.71
	N = 1	N = 3	
<b>Time between the second engagement in HIV care and the second discontinuation (year)</b>			
Median	11	1	
IQR		0-3	
<b>Time between the second discontinuation and reengagement in care (year)</b>			
Median	1	3	
IQR		1-6	

Weighted percentages. P value: design-based x2 test comparison of proportion and quantile regression with robust variance estimator for median comparison across groups. IQR, interquartile range.

### Factors associated with discontinuation of HIV care

In the multivariate analysis (Table 4), respondents who have been diagnosed at an advanced HIV disease stage (CD4 < 200 cells/mL or AIDS-defining event) and those whose resources were dependent on their spouse or family in comparison with those who had income from their work were more likely to have experienced a discontinuation of HIV care of more than one year.

No other vulnerable living conditions, such as occupation or lack of health insurance coverage, were associated with a disruption in HIV care.

**Table 4. Factors associated with the discontinuation of HIV care (for more than one year) yearly since HIV diagnosis (mixed-effects logistic regression models, N=741, 6424 person-years). ANRS-PARCOURS study.**

	Univariate OR [95% CI] <sup>a</sup>	Multivariate OR [95% CI] <sup>b</sup>
<b>Gender</b>		
Men	1.00	1.00
Women	1.33 [0.51-3.48]	0.90 [0.29-2.77]
<b>Arrival period in France</b>		
1980–1999	1.00	
2000–2012	0.45 [0.17-1.19]	
<b>Age<sup>o</sup></b>		
20–34	1.28 [0.36-4.59]	1.61 [0.33-7.91]
35–44	0.77 [0.28-2.10]	0.74 [0.26-2.14]
45–60	1.00	1.00
<b>Level of education at arrival</b>		
None/primary	2.09 [0.56–7.81]	
Secondary	2.21 [0.73–6.64]	
Postsecondary	1.00	
<b>Reason for coming to France</b>		
Find work	0.92 [0.31–2.69]	
Join a family member	1.00	
Threatened in his/her country	0.66 [0.13–3.38]	
Study or medical reasons	0.66 [0.15–3.04]	
<b>Permit of residence<sup>o</sup></b>		
No residence permit	1.70 [0.34–8.61]	2.12 [0.52–8.61]
Temporary residence permit	0.27* [0.08–0.84]	0.43 [0.14–1.34]
Residence permit (10 years)	1.00	1.00
French nationality	0.31 [0.06-1.44]	0.25 [0.03-2.05]
<b>Housing situation<sup>o</sup></b>		
Own housing	1.00	1.00
Housed by family	1.18 [0.31–4.41]	1.00 [0.26–3.81]
Associations & Workers' hostels	0.26 [0.05–1.26]	0.35 [0.07–1.88]
No stable housing	0.88 [0.16–4.86]	0,58 [0.10–3.52]
<b>Resources<sup>o</sup></b>		
Own work	1.00	1.00
From spouse or family	3.90* [1.19–12.79]	3.57* [1.05–12.08]
Government allowances	0.46 [0.10–2.16]	0.54 [0.11–2.64]
No resource	2.42 [0.39–15.04]	1.74 [0.24–12.36]
<b>Occupation<sup>o</sup></b>		
Worker	1.00	
Inactive	1.62 [0.61–4.33]	
Student	1.39 [0.17–11.51]	
<b>Health insurance coverage<sup>o</sup></b>		

Yes	0.42 [0.08–2.13]	
No	1.00	
<b>Time since arrival in France (years)</b>		
	1.00 [0.95–1.06]	
<b>Circumstances of HIV testing</b>		
Voluntary testing	0.10* [0.01–0.80]	0.13 [0.02–1.25]
Routine testing	1.97 [0.75–5.13]	2.12 [0.80–5.60]
At the physician's initiative	1.00	1.00
<b>Pregnancy<sup>o</sup> (of the partner for men)</b>		
Yes	1.40 [0.19–10.7]	
No	1.00	
<b>Advanced HIV disease (CD4 &lt; 200 cells/mL or AIDS-defining event)</b>		
Yes	3.73** [1.49–9.34]	4.02** [1.55–10.40]
No	1.00	1.00

Note: PYR: person-years at risk; CI, confidence interval; \*P < 0.05; \*\*P < 0.01.

<sup>a</sup>Odds ratio taking into account time

<sup>b</sup>Odds ratio taking into account time and adjusted for covariate

<sup>o</sup>Time-varying variables.

## Discussion

The ANRS PARCOURS study shows that most sub-Saharan African migrants who have been diagnosed as HIV positive in France engaged in care in the year of diagnosis (94.2%). However, testing on their own initiative, lack of health insurance coverage and migration for economic reasons or owing to threats in his/her country of origin were found to be associated with delays that can be addressed. Following enrolment in care, few participants (4.3%) reported having had a period of interruption of care of more than one year and more often among migrants diagnosed at an advanced HIV disease stage and among those whose resources are dependent on their spouse or family.

Entry into HIV care in the same year of diagnosis is the rule in the global population of PLWHIV from other recent French and European studies (Mocroft, et al., 2013; Supervie, et al., 2016). The median time from HIV diagnosis to entry in HIV care was similar for non-French-national heterosexual PLWHIV than for other PLWHIV in a French cohort (<1 month) (Supervie, et al., 2016). In a large European collaborative survey (COHERE), 7.4% of PLWHIV had a delayed entry into care of more than three months (Mocroft, et al., 2013). Neither the HIV exposure group nor the region of origin was associated with delayed entry into care among late presenters, but information on the patient origin was not available for over 40% of people (Mocroft, et al., 2013).

Thus, a description of the entry into care in the year following diagnosis was expected, even though few studies have focused more specifically on migrants. The originality of the PARCOURS survey allowed the analysis of the influence of social factors on entry into care. In the multivariate analysis, the participants were more likely to engage in HIV care if the HIV test was carried out at the initiative of the physician rather than as self-initiated testing. These results may be related to the arrival of symptomatic patients but could also highlight the importance of physician involvement in screening and support towards the choice of a service and the organization of the appointments. Engagement in HIV care was better after 2000. This finding may be explained by the implementation in 2000 of specific health insurance for people in precarious situations and undocumented migrants (Andre and Azzedine, 2016; de Celeyran, Girardeau, Khan, Morinet, & Georges-Tarragano, 2013). The participants were precisely more likely to engage in HIV care during years when they were effectively covered by health insurance. The French public health insurance system, following the principle of universality (the right of access to healthcare for all), explains the large majority of patients having access to care in the same year of their diagnosis. Nevertheless, some migrants are facing barriers in obtaining their rights to health insurance and in accessing healthcare services, either because of their lack of knowledge about the available healthcare resources or because of discriminatory attitudes in healthcare services (Andre and Azzedine, 2016; Gray and van Ginneken, 2012; Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen, & Dekker, 2006; Vignier, et al., 2018; Woodward, Howard, & Wolffers, 2014).

Our study also shows that having migrated for economic reasons or owing to threats was associated with delayed engagement in care. This finding highlights the fragility of economic migrants and asylum seekers, particularly during the first years after arrival where they experience precarious situations, as described by the same PARCOURS project (Desgrees-du-Lou, et al., 2016; Gosselin, et al., 2016). Situations of precariousness associated with lack of social support could explain this delay in HIV care (Samet et al., 1998). Unemployment was positively associated with delayed presentation in another study (Girardi, et al., 2004). Thus, for drug users, the most vulnerable migrants seem to be at risk of delay in entering care and require special attention (Girardi, et al., 2004).

Although interruptions of care of more than a year are infrequent, when they do occur, these interruptions can be prolonged over time (median of two years). In France, according to data from the national social security scheme, 6.4% of individuals who engaged in HIV care had interruptions of care for one year (Supervie, et al., 2016). We did not highlight other social factors related to discontinuation, such as financial dependence, as our analysis lacked statistical power given the low number of events. It would probably have been necessary to

collect additional biographical data – especially psycho-behavioural data and more specific life events – to better understand the circumstances for the discontinuation of care.

Other limitations of the study should be noted. The PARCOURS study is a retrospective survey that may have exposed common selection biases and measurement limitations. Considering non-response, an analysis of the factors associated with non-participation was carried out, and only people in employment had participated less. Moreover, as the measurement scale was the year of the survey, it was not possible to precisely measure the delay between diagnosis and entry to care (in months). Despite these limitations, the strengths of the PARCOURS survey were provided by its biographical approach, which allowed us to correlate delayed entry into care and social and migratory factors among SSA migrants.

## Conclusions

Our study shows that it is necessary to pay special attention to migrants without health coverage at the time of diagnosis, those who have migrated to find work or owing to threats and those diagnosed following self-screening, since these individuals are at risk of delayed entry into care. It seems therefore particularly important to maintain French universal access to health insurance for all migrants, including undocumented migrants and to develop social support. The implementation of support by health mediators for this matter could promote access to care. Behind these necessary efforts in access to healthcare, HIV testing efforts need to be pursued among migrant populations to reduce the high levels of late diagnosis.

## References

- Andre, J.-M., & Azzedine, F. (2016). Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews*, 37(5)
- Bamford, L. P., Ehrenkranz, P. D., Eberhart, M. G., Shpaner, M., & Brady, K. A. (2010). Factors associated with delayed entry into primary HIV medical care after HIV diagnosis. *AIDS*, 24(6), pp. 928-930. doi:10.1097/QAD.0b013e328337b116 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20154577>
- Beauchemin, C., Hamel, C., Lesne, M., Simon, P., & TeO survey team. (2009). Discrimination: a question of visible minorities. *Population & Societies*(466), p 4. Retrieved from [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19134/pesa466.en.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19134/pesa466.en.pdf)
- Bonnet, F., Fischer, H., Lert, F., Lot, F., Supervie, V., Tattevin, P., & Velter, A. (2017). Epidémiologie de l'infection à VIH en France. [Epidemiology of HIV infection in France.] *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'expert.* (pp. 26). Paris: ANRS.
- Boussad, N., Couleaud, N., & Sagot, M. (2017). Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional [An immigrant population today more spread over the regional territory]. *Insee Analyses*(70), p 4.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., . . . Team, H. S. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 365(6), pp. 493-505. doi:10.1056/NEJMoa1105243 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767103>

- de Celeyran, F. T., Girardeau, Y., Khan, S., Morinet, F., & Georges-Tarragano, C. (2013). Health-care access for migrants in France. *Lancet*, 382(9906), p 1704. doi:10.1016/S0140-6736(13)62402-2 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24268001>
- de Monteynard, L. A., Dray-Spira, R., de Truchis, P., Grabar, S., Launay, O., Meynard, J. L., . . . French Hospital Database on, H. I. V. (2015). Later cART Initiation in Migrant Men from Sub-Saharan Africa without Advanced HIV Disease in France. *PLoS One*, 10(3), p e0118492. doi:10.1371/journal.pone.0118492 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734445>
- Desgrees-du-Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., . . . Group, P. S. (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), pp. 645-656. doi:10.1097/QAD.0000000000000957 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26558722>
- Douay, C., Toullier, A., Benayoun, S., Castro, D. R., & Chauvin, P. (2016). Refusal to provide health care to people with HIV in France. *Lancet*, 387(10027), pp. 1508-1509. doi:10.1016/S0140-6736(16)30126-X Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27115972>
- Dray-Spira, R., Spire, B., Heard, I., Lert, F., & Group, V. S. (2007). Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*, 21 Suppl 1, pp. S5-12. doi:10.1097/01.aids.0000255079.39352.9b Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17159588>
- Girardi, E., Aloisi, M. S., Arici, C., Pezzotti, P., Serraino, D., Balzano, R., . . . Group, I. C. B. E. S. (2004). Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 36(4), pp. 951-959. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15220702>
- Gosselin, A., Desgrées du Lotü, A., Lelievre, E., Lert, F., Dray Spira, R., Lydie, N., & Parcours Study, G. (2016). How long do sub-Saharan migrants take to settle in France ? *Population et societies*, 533, pp. 1-4.
- Gray, B. H., & van Ginneken, E. (2012). Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 33, pp. 1-12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23289160>
- Hughes, A. J., Mattson, C. L., Scheer, S., Beer, L., & Skarbinski, J. (2014). Discontinuation of antiretroviral therapy among adults receiving HIV care in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 66(1), pp. 80-89. doi:10.1097/QAI.0000000000000084 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326608>
- Jenness, S. M., Myers, J. E., Neaigus, A., Lulek, J., Navejas, M., & Raj-Singh, S. (2012). Delayed entry into HIV medical care after HIV diagnosis: risk factors and research methods. *AIDS Care*, 24(10), pp. 1240-1248. doi:10.1080/09540121.2012.656569 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22316090>
- Lapostolle, A., Massari, V., & Chauvin, P. (2011). Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS Care*, 23(9), pp. 1117-1127. doi:10.1080/09540121.2011.554522 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21500026>
- Limousi, F., Lert, F., Desgrees du Lou, A., Dray-Spira, R., Lydie, N., & Group, P. S. (2017). Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems. *PLoS One*, 12(12), p e0188751. doi:10.1371/journal.pone.0188751 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29267347>
- Lot, F., Pillonel, J., Pinget, R., Cazein, F., Bernillon, P., Leclerc, M., . . . Semaille, C. (2011). AIDS indicative diseases, France, 2003-2010. *Bull Epidémiol Hebd*, pp. 454-458. Retrieved from [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7643](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7643)
- McManus, K. A., Rhodes, A., Bailey, S., Yerkes, L., Engelhard, C. L., Ingersoll, K. S., . . . Dillingham, R. (2016). Affordable Care Act Qualified Health Plan Coverage: Association With Improved HIV Viral Suppression for AIDS Drug Assistance Program Clients in a Medicaid Nonexpansion State. *Clin Infect Dis*, 63(3), pp. 396-403. doi:10.1093/cid/ciw277 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143661>

- Mocroft, A., Lundgren, J. D., Sabin, M. L., Monforte, A., Brockmeyer, N., Casabona, J., . . . Collaboration of Observational, H. I. V. E. R. E. s. i. E. (2013). Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). *PLoS Med*, 10(9), p e1001510. doi:10.1371/journal.pmed.1001510 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24137103>
- Montlahuc, C., Guiguet, M., Abgrall, S., Daneluzzi, V., de Salvador, F., Launay, O., . . . French Hospital Database, A. C. O. c. (2013). Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009). *J Acquir Immune Defic Syndr*, 64(2), pp. 197-203. doi:10.1097/QAI.0b013e31829cfbfa Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24047970>
- Mugavero, M. J., Lin, H. Y., Willig, J. H., Westfall, A. O., Ulett, K. B., Routman, J. S., . . . Allison, J. J. (2009). Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis*, 48(2), pp. 248-256. doi:10.1086/595705 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19072715>
- Nay, O., Bejean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P., & Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet*, 387(10034), pp. 2236-2249. doi:10.1016/S0140-6736(16)00580-8 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27145707>
- Perrin-Haynes, J. (2008). L'activité des immigrés en 2007 [The activity of immigrants in 2007 in France]. *Insee Première*(1212), p 4. Retrieved from [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- Samet, J. H., Freedberg, K. A., Stein, M. D., Lewis, R., Savetsky, J., Sullivan, L., . . . Hingson, R. (1998). Trillion virion delay: time from testing positive for HIV to presentation for primary care. *Arch Intern Med*, 158(7), pp. 734-740. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9554679>
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*, 23(3), pp. 325-348. doi:10.1093/fampra/cmi113 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476700>
- Silué, Y., Mouchetrou Njoya, I., & Lepoutre, A. (2017). Surveillance des infections à VIH en Ile-de-France [Surveillance of HIV infections in Ile-de-France.]. *Bulletin Cire - ORS - Ile-de-France*(1), pp. 2-6. Retrieved from [http://ors-idf.org/dmdocuments/2017/ORS\\_CIRE\\_Bulletin\\_vih\\_sida.pdf](http://ors-idf.org/dmdocuments/2017/ORS_CIRE_Bulletin_vih_sida.pdf)
- Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J. M., Dray-Spira, R., Costagliola, D., & group, F.-A. C. s. (2016). Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic: Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 73(3), pp. 348-355. doi:10.1097/QAI.0000000000001120 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27351889>
- Supervie, V., Ndawinz, J. D., Lodi, S., & Costagliola, D. (2014). The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*, 28(12), pp. 1797-1804. doi:10.1097/QAD.0000000000000270 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24681416>
- Vignier, N., Dray Spira, R., Bouchaud, O., Desgrées du Lou, A., & Chauvin, P. (2018). Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France. *Lancet Public Health*, 3(1), p e12. doi:10.1016/S2468-2667(17)30246-3 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29307380>
- Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*, 29(7), pp. 818-830. doi:10.1093/heapol/czt061 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23955607>
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*, 8(5), p e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21629681>



## 2. Hépatite B chronique

L'enquête ANRS-Parcours est la première grande enquête à s'être intéressée aux immigrés originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique en France. Elle permet ainsi de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales, et leur accès aux soins. Un premier travail a permis de décrire leurs caractéristiques sociales et le stade de leur maladie. Les personnes incluses dans le groupe VHB de l'enquête ANRS-Parcours ont été sélectionnées. Au total, 778 personnes ont été incluses dans l'analyse. Les caractéristiques sociodémographiques, les modalités du diagnostic, les paramètres cliniques au diagnostic et liés au traitement de l'hépatite virale ont été décrits en fonction du sexe et du type de service spécialisé où avait eu lieu le recrutement (service expert en hépatologie, autres services hospitaliers, réseaux et Comede).

Un deuxième travail s'est intéressé à l'accès aux soins des participants du groupe HBC en reprenant les indicateurs présentés ci-dessus et en analysant l'entrée en soins et le maintien en soins après le diagnostic de l'hépatite B. L'analyse s'est concentrée sur les personnes arrivées après 1980, arrivées en France depuis au moins un an et sans données manquantes sur les différents indicateurs, arrivant ainsi à un effectif de 619 personnes analysées (pour 779 personnes enquêtées). Le diagnostic et le début et la continuité du suivi spécialisé étaient renseignés chaque année dans la grille biographique. Le temps nécessaire à l'entrée en soins a été évalué à l'aide de courbes de Kaplan-Meier avec un pas d'une année. Le taux de retard à l'entrée en soins a été estimé. Il a été défini dans notre analyse comme le fait de ne pas être entré en soins l'année du diagnostic mais au-delà (les personnes jamais entrées en soins étant de fait non incluses dans l'étude car non sélectionnables). Les données de la grille biographique ne permettaient pas une description plus fine par semaines ou mois de ce délai. Dans un deuxième temps, l'ancienneté du suivi et sa constance (absence de rupture) ont été décrites à l'aide de courbes de Kaplan Meier. La fréquence des ruptures de suivi (d'au moins une année, le pas de la grille biographique étant d'un an), leur délai de survenue et leur durée ont également été décrits.

Ces travaux ont fait l'objet de deux articles publiés dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire et dans la revue Santé Publique qui peuvent être consultés en Annexe :

- Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, et al. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Ile-de-France en 2012-2013.

Données de l'enquête ANRS-Parcours. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(19-20):339-47. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015\\_19-20\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_2.html)

- Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, et le groupe ANRS-Parcours. *Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique*. Sante Publique. 2017 Jul 10;29(3):361-370. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-3-page-361.htm>

D'un chapitre dans l'ouvrage dédié à l'enquête ANRS-Parcours :

- Dray Spira R, Gigonzac V and Vignier N. Les immigrés subsahariens suivis pour une hépatite B chronique : caractéristiques et accès au diagnostic et aux soins. In : Desgrées du Loû A and Lert F (coord.). PARCOURS-Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris: La Découverte, Juillet 2017, p. 195-206. ISBN 978-2-7071-9645-3.

Et de deux communications orales aux Journées de l'Association Française pour l'Étude du Foie à Toulouse en 2015 et aux Journées d'étude en sciences sociales en santé.

Vers une mobilisation contre les hépatites virales en 2016 :

- Vignier N., Dray-Spira R., Gigonzac V., Pannetier J., Sogni P., Lert F., Bajos N., Lydié N., Desgrées du Loû A. et le Groupe ANRS-PARCOURS. *Caractéristiques des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Ile-de-France en 2012-2013*. Enquête ANRS-PARCOURS. Journées de l'AFEf. Toulouse. 30 septembre 2015
- Vignier N. *Accès et maintien en soins des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique en Ile-de-France*. Enquête ANRS-PARCOURS. Journées d'étude en sciences sociales en santé. Vers une mobilisation contre les hépatites virales ? ANRS, Campus Condorcet, Centre Européen de Sociologie et de Science Politique, Université Paris 1, Paris. 11 Mars 2016

Ce travail a montré que les personnes originaires d'ASS suivies pour une hépatite B chronique constituent une population jeune installée en France de façon durable et rencontrant souvent des situations de précarité sociale et/ou administrative. Le maintien du secret sur la maladie concerne près d'un homme sur quatre. Le diagnostic survient majoritairement après l'arrivée en France, en médiane au bout de 2 années, et l'entrée en soins est assurée dès l'année du diagnostic pour la majorité des personnes diagnostiquées. Le profil clinique et biologique des hépatites B au diagnostic présentait le plus souvent un antigène HBe négatif. Un participant sur quatre présentait des transaminases anormales ou une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL. Une fibrose hépatique significative (stade METAVIR  $\geq$  F2) était retrouvée pour 28,3% des participants, et une forme grave d'atteinte hépatique (score METAVIR  $\geq$  F3 ou cirrhose ou cancer du foie) pour 17,9%. Au moment de l'enquête, un tiers des participants recevaient un traitement pour l'hépatite B, le plus souvent des analogies nucléos(t)idiques. Les ruptures de suivi de plus d'une année étaient rares dans cet échantillon de personnes en soins mais pouvaient être prolongées.

Les deux articles correspondant à ces résultats peuvent être retrouvés en Annexe ou à l'URL suivant : [Beh hépatite B](#) et [Santé Publique](#)

### **3. Recours au titre de séjour pour raison médicale**

Comme nous l'avons détaillé en introduction, la France a instauré en 1998 un droit au séjour pour raison médicale pour les personnes étrangères suite à une mobilisation associative portée notamment par les organisations de lutte contre le VIH/Sida. Peu de données existent, à une échelle populationnelle, sur le niveau de recours et le niveau d'acceptation de ces demandes, notamment en fonction des pathologies concernées (le ministère de l'intérieur ne publiant pas ces chiffres). L'absence de droit au séjour des personnes malades est un facteur important de vulnérabilité sociale et sexuelle, mais aussi d'accès et de maintien en soins comme nous l'avons notamment démontré dans ce travail de thèse (Desgrees-du-Lou, Pannetier et al. 2016, Pannetier, Ravalihasy et al. 2018, Vignier, Desgrees du Lou et al. 2018). La régularisation des personnes atteintes de maladies chroniques en situation irrégulière apparaît, ainsi, comme un facteur facilitant l'accès et le maintien en soins

L'enquête ANRS-Parcours est une des premières enquêtes avec échantillonnage à avoir recueilli des informations sur le recours au droit au séjour pour raisons de santé des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et de l'hépatite B chronique. Elle permet ainsi de décrire le niveau de mobilisation de ce droit dans un échantillon sélectionné en structures de soins.

Les personnes incluses dans l'enquête ANRS-Parcours ayant répondu à la question sur le refus de soins ont été sélectionnées. Les questions étaient posées de la manière suivante : « Vous est-il arrivé de faire une demande de séjour pour une raison médicale ? » et « Avez-vous obtenu un titre de séjour pour raison médicale ? »

Au total, 2424 personnes avaient répondu à la question et ont été incluses dans l'analyse (909 dans le groupe VIH, 763 dans le groupe HBC et 752 dans le groupe de référence). Les caractéristiques des participants sont les mêmes que celles décrites ci-dessus.

La fréquence des demandes de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France en fonction du sexe et du groupe d'appartenance est présentée dans la figure 17. Le taux d'obtention du titre de séjour déclaré par les participants est détaillé dans la figure 18 parmi ceux qui ont fait une demande et sur l'ensemble de l'échantillon dans la figure 19.

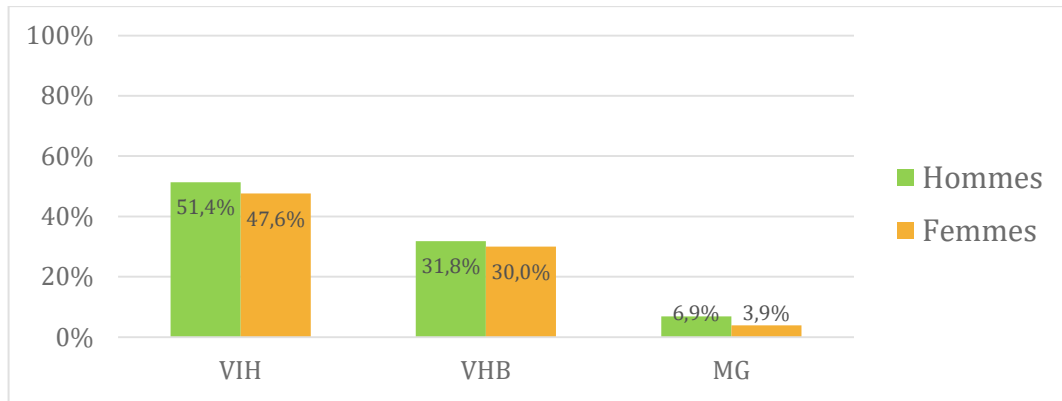


Figure 17 : Demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS Parcours

Source : [(Vignier, Gosselin et al. 2018)]

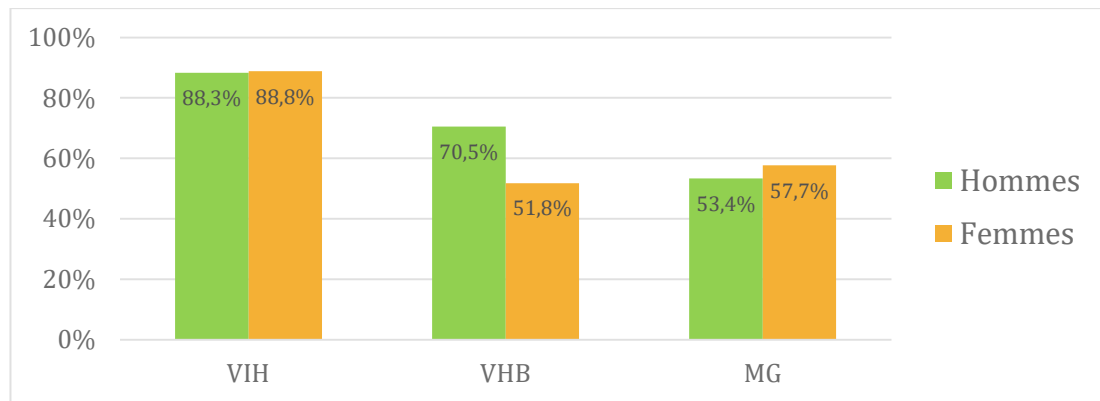


Figure 18 : Obtention d'un titre de séjour pour raison de santé parmi ceux en ayant fait la demande, Enquête ANRS Parcours

Source : [(Vignier, Gosselin et al. 2018)]

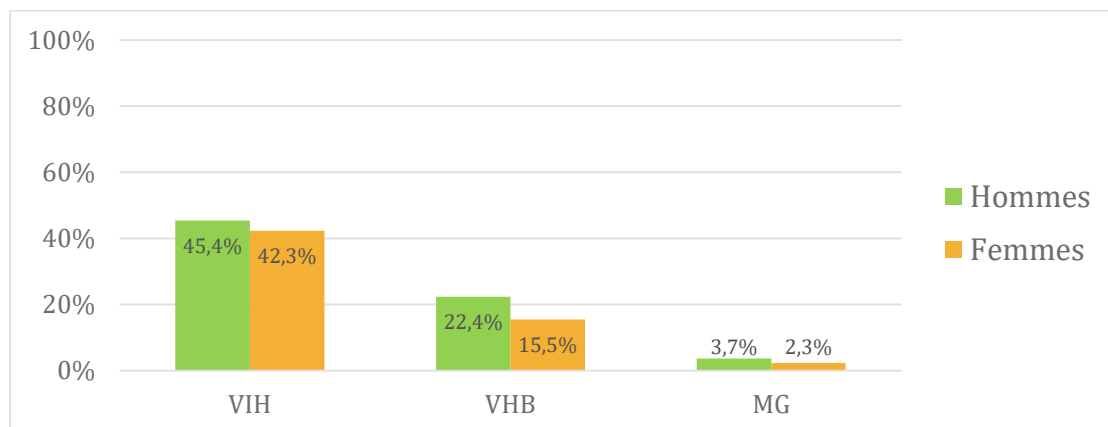


Figure 19 : Obtention d'un titre de séjour pour raison de santé (ensemble des personnes interrogées, Enquête ANRS Parcours

Source : [(Vignier, Gosselin et al. 2018)]

Les facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France ont été identifiés à l'aide d'une régression logistique et sont détaillés dans la figure 20.

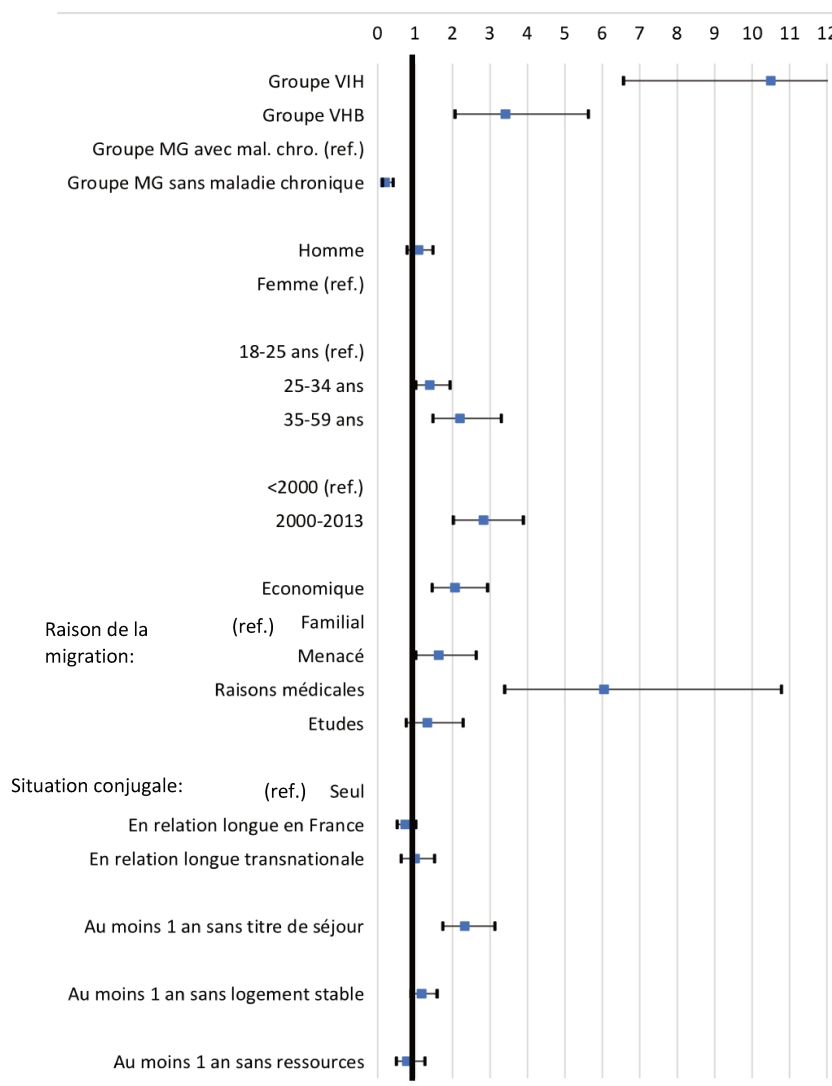


Figure 20 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France (analyse multivariée par régression logistique, n=2395)

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

Champ : ensemble des répondants après exclusion des données manquantes. Lecture : concernant la demande d'un titre de séjour pour les participants du groupe VHB, l'Odds ratio ajusté sur les autres facteurs est de 3,3 avec un intervalle de confiance allant de 2 à 5,6. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

La même analyse a été réalisée uniquement chez les PVVIH et celles suivies pour une HBC afin de pouvoir évaluer l'effet produit par les caractéristiques liées à la maladie. Les résultats sont présentés dans les figures 21 et 22.

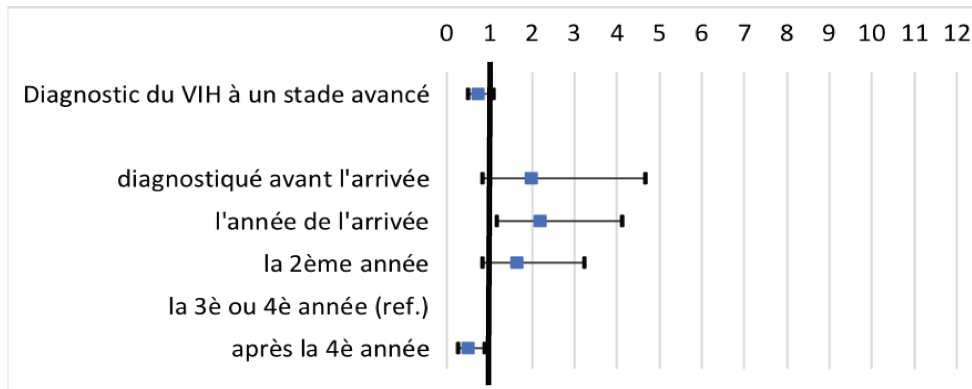


Figure 21 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France parmi les PVVIH (analyse multivariée par régression logistique, n=841)

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

Champ : groupe VIH après exclusion des données manquantes. Les variables d'ajustement sont les mêmes que ci-dessus. Lecture : les PVVIH diagnostiquées l'année de l'arrivée en France avaient plus de chance d'avoir sollicité un titre de séjour pour raison de santé que celles diagnostiquées la 3<sup>ème</sup> ou la 4<sup>ème</sup> année. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

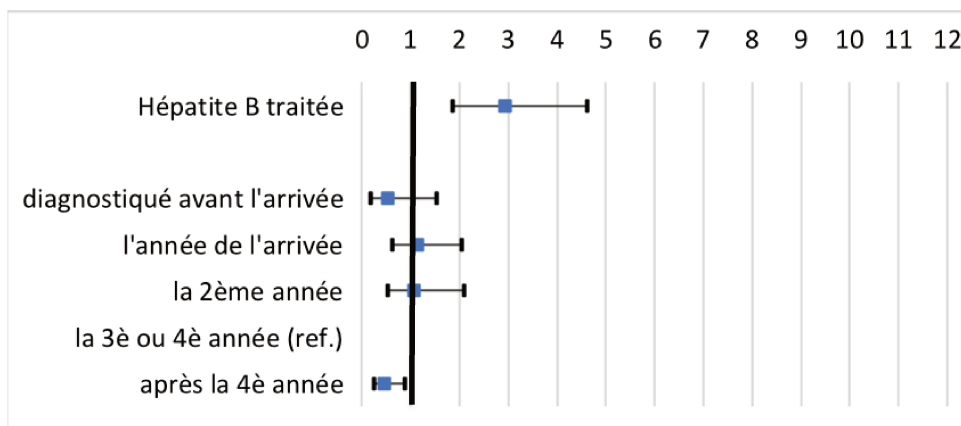


Figure 22 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique (analyse multivariée par régression logistique, n=733)

Source : [(Vignier, Desgrées du Loû et al. 2016)]

Champ : groupe VHB après exclusion des données manquantes. Les variables d'ajustement sont les même que ci-dessus. Lecture : les personnes sous traitement pour une hépatite B chronique avaient plus de chance d'avoir sollicité un titre de séjour pour raison de santé que celles ne bénéficiant pas d'un traitement. Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Ainsi, la probabilité d'avoir fait une demande de titre de séjour pour raison de santé était plus élevée pour les participants vivant avec le VIH, en particulier pour ceux diagnostiqués l'année de leur arrivée en France et dans une moindre mesure pour ceux vivant le VHB, surtout quand ils recevaient ou avaient reçu un traitement pour leur hépatite B chronique, et, plus rarement, aux personnes souffrant d'une maladie chronique (dans le groupe de référence). Les demandes étaient également plus fréquentes chez les personnes

arrivées après 2000 en lien avec la date du vote de la loi sur le droit au séjour pour soins votée (1998), chez celles ayant migré en raison de menaces dans leur pays d'origine, pour tenter leur chance (probablement en lien avec des périodes d'insécurité administrative), pour raison médicale (mais ces derniers représentent une proportion faible des personnes interrogées -3% dans le groupe de référence-) et chez ceux ayant eu une période d'au moins un an sans titre de séjour depuis leur arrivée en France.

Parmi les PVVIH, celles diagnostiquées plus de 4 ans après leur arrivée en France étaient moins à même que celles arrivées depuis 3 ou 4 ans d'avoir sollicité un titre de séjour pour raison de santé. A l'inverse, celles diagnostiquées l'année de leur arrivée avaient plus de chance d'avoir effectué une demande. Parmi les PVVHB, celles ayant reçu ou recevant un traitement antiviral pour leur hépatite B avaient plus souvent sollicité un droit au séjour pour raison de santé (41,7% vs 25,6%,  $p < 0,001$ ). Celles diagnostiquées plus de 4 ans après leur arrivée en France étaient à l'inverse moins à même d'avoir sollicité un titre de séjour pour raison de santé. Parmi les participants du groupe de référence, les personnes ayant déclaré souffrir d'une maladie chronique avaient plus souvent sollicité un droit au séjour pour raison de santé (8,9% vs 2,4%,  $p < 0,001$ ).

Ces résultats soulignent ainsi un niveau de recours hétérogène au droit au séjour pour soins en fonction de l'état de santé et de l'ancienneté d'arrivée en France lors de la découverte du problème de santé. Une proportion importante des immigrés subsahariens franciliens vivant avec le VIH recrutés en soins a sollicité et obtenu un droit au séjour pour raison de santé. Les personnes vivant avec une hépatite B chronique ont également fréquemment sollicité ce droit mais l'ont moins souvent obtenu, en particulier quand elles n'avaient pas d'indication à un traitement. Le titre de séjour semble beaucoup plus rarement sollicité et obtenu pour d'autres pathologies chroniques. Le taux d'accord observé dans le groupe de référence de l'enquête ANRS-Parcours est beaucoup plus bas que celui observé dans l'observatoire du Comede (75% de 2004 à 2016) où les usagers bénéficient d'un accompagnement sociojuridique (Comede 2017).

Ce travail a été présenté sous forme affichée à la 9<sup>ème</sup> conférence internationale francophone VIH/Hépatites AFRAVIH en 2018 :

- Vignier N, Gosselin A, Dray-Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Lert F, Lydié N, Bouchaud O, Desgrées du Loû A, Chauvin P and the ANRS-PARCOURS Study group. Recours au titre de séjour pour raison de santé *des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France* en fonction de leur statut vis à vis



*du VIH et de l'hépatite B.* 9ème Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH, 4-7 Avril 2018, Bordeaux, France.

## DISCUSSION

Les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne sont souvent exposés à des périodes de précarité après leur arrivée en France et sont par ailleurs une des populations les plus touchées par les infections par le VIH et le VHB. Les maladies cardiovasculaires et les pathologies psychiatriques semblent également les toucher de manière disproportionnée (Berchet and Jusot 2012). Leur prévention primaire et secondaire médicalisée et leur prise en charge passent par une possibilité d'accès aux soins. L'accès aux soins et à une couverture maladie est théoriquement accessible pour le plus grand nombre en France (Nay, Bejean et al. 2016). Des données associatives et scientifiques font cependant état de barrières à cet accès pour les immigrés notamment primo-arrivants, questionnant ainsi l'accès effectif aux soins de ces immigrés, en particulier quand ils vivent avec le VIH ou une hépatite B chronique (Berchet and Jusot 2012, Chappuis, Tomasino et al. 2017, Comede 2017). Pour la situation particulière des migrants en situation irrégulière, une récente méta analyse a confirmé les difficultés d'accès aux soins qu'ils rencontrent en Europe, mais aussi la délivrance de soins insuffisants ou inadéquats quand ils y accèdent (Winters, Rechel et al. 2018).

Le présent travail de thèse visait à étudier l'accès aux soins des immigrés d'ASS en général, et de ceux vivant avec le VIH ou une HBC en particulier, dans plusieurs dimensions : accès à une première couverture maladie, expériences de refus de soins ou de renoncement aux soins, délai pour l'entrée en soins après le diagnostic et maintien en soins une fois la prise en charge effective et recours au titre de séjour pour raison de santé. Ces indicateurs ont été analysés à la lumière des profils démographiques et des situations sociales afin d'individualiser ce qui relève des conditions d'accueil des immigrés, de leur accompagnement social ou de leur prise en charge médicale.

Dans ce dernier chapitre nous nous proposons de revenir sur les principaux résultats de ce travail de thèse en s'arrêtant sur les avantages et les limites des enquêtes utilisées, tout en soulignant les réponses de santé publique à dessiner et les perspectives en termes de recherche.

L'enquête ANRS Parcours est la première grande enquête biographique à s'être intéressée à l'accès aux soins des immigrés d'Afrique subsaharienne vivant ou non avec le VIH ou une hépatite B chronique. L'approche biographique permet une analyse fine des

parcours et des trajectoires d'individus issus de l'immigration et rend possible des analyses tenant compte de l'évolution des situations au cours du temps dans différents domaines. C'est aussi une des premières enquêtes à avoir composé un échantillon important d'immigrés subsahariens vivant avec le VIH ou une HBC, « populations clés » pour ces deux viroses chroniques, sur lesquelles les données restent insuffisantes (Lot, Antoine et al. 2012). L'échantillonnage a été construit pour tenter de s'approcher de la représentativité pour les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en soins. Comme déjà signalé, plus haut, une des forces de cette enquête est aussi d'avoir été co-construite avec des associations et des réseaux spécialisés comme le Réseau afro caribéen de lutte contre le SIDA (RAAC-SIDA) et le Comede, permettant ainsi d'adapter les indicateurs épidémiologiques classiques aux spécificités des populations subsahariennes. Elle est aussi le fruit de la collaboration de chercheurs en sciences sociales, en démographie et en épidémiologie, mais aussi de cliniciens spécialistes de médecine générale ou spécialisés dans le suivi des PVVIH ou des hépatites virales chroniques. L'équipe de recherche a également su allier les méthodes des sciences sociales, démographiques et épidémiologiques pour aborder cette base de données ayant un format inhabituel.

L'enquête ANRS-Parcours présente aussi des limites qui rappellent que les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des immigrés en France. En effet, plusieurs sélections doivent être discutées si on souhaite faire ce pas : l'enquête a été réalisée en Ile-de-France. Il n'est pas possible de garantir que les résultats n'auraient pas été différents si elle avait été réalisée à l'échelle nationale où des réalités différentes peuvent parfois être rencontrées notamment en ce qui concerne le logement, les moyens et la structuration régionale de la prise en charge médicosociale. Cependant, l'Ile de France héberge 12 millions d'habitants et 60% des immigrés d'ASS vivent en Ile-de-France, ce qui en fait un terrain cohérent pour aborder la question de la santé des immigrés d'ASS. La région Ile-de-France est la région de métropole qui enregistre le plus fort taux de sérologies positives pour le VIH (360 /100 000 sérologies), et celle qui a le plus fort taux de sérologies positives pour l'hépatite B (taux positivité AgHBs 145/100 000 sérologies vs 45 / 100 000 en France) (Enquête LaboVIH et LaboHep, Santé Publique France 2016). Ensuite, le recrutement s'est déroulé dans les structures de santé. La majorité des PVVIH diagnostiquées étant en soins, cela semble poser peu de problème pour le groupe VIH<sup>8</sup>, en revanche il est probable que les

---

<sup>8</sup> Même si on peut discuter le fait que certains puissent être suivis exclusivement en médecine libérale. La prise en charge libérale du VIH se développe (médecins généralistes libéraux spécialisés dans le VIH et infectiologues

personnes atteintes d'HBC en soins présentent un profil sociodémographique et médical particulier. En effet, l'épidémie cachée d'HBC est probablement plus importante que celle du VIH avec un accès au dépistage qui semble favorisé par les contacts avec les structures d'accompagnement médico-social (Larsen, Limousi et al. 2017, Limousi, Lert et al. 2017). Mais, parmi les personnes diagnostiquées, il est probable que celles qui présentent des formes peu actives d'HBC sans indication de traitement et avec une recommandation de suivi annuel soient plus souvent perdues de vue et donc moins à même d'avoir été recrutées dans le cadre de l'enquête. A l'inverse, les personnes ayant une HBC sous traitement ont plus de chance d'être en soins du fait du suivi clinico-biologique rapproché et de la nécessité de renouveler les ordonnances à intervalle régulier. Pour le groupe de référence, le recrutement ayant lieu en milieu de soins, les immigrés d'ASS atteints de pathologies chroniques sont probablement surreprésentés en comparaison à la population générale, ceux ne présentant pas de problème de santé ayant moins de raison de consulter. De plus, le recrutement a eu lieu exclusivement dans des centres de santé ou dans des structures réservées aux migrants en situation de précarité (PASS, Comede, CASO). Les immigrés les mieux insérés et avec les meilleures conditions de vie qui sont plus à même de consulter en médecine générale libérale et en particulier en secteur II, et ceux qui ne consultent pas du tout sont ainsi probablement sous représentés dans notre échantillon. De plus, parmi les centres de santé sollicités, ceux ayant accepté de participer sont souvent ceux les plus concernés par la question de la migration et pourraient ainsi suivre une population particulière. A l'inverse, les immigrés les plus précaires qui sont souvent exclus des grandes enquêtes comme le Baromètre santé sont bien représentés dans l'enquête ANRS-Parcours, ce qui en fait un atout. Ainsi, bien qu'il y ait eu un vrai effort dans l'échantillonnage pour s'approcher de la représentativité, l'interprétation que l'on fait des résultats doit rester prudente.

Les choix analytiques ont été difficiles car les données biographiques s'apparentent à des données prospectives à temps continu mais recueillies de manière rétrospective, sur la base des déclarations des individus (avec un risque de biais de mémoire pour ceux arrivés en France depuis longtemps). L'hypothèse de proportionnalité des risques n'étant pas respectée, l'utilisation du modèle de Cox a été considéré impropre. L'utilisation du modèle de régression logistique à temps discret tenant compte du temps a permis de contourner ce problème en produisant des résultats proches de ceux produits par un modèle de Cox (Allison 1982, Le

---

libéraux), en particulier à Paris pour la région Ile-de-France pour des PVVIH plutôt favorisés, mais reste très marginale et concerne probablement peu de personnes immigrées vivant avec le VIH.

Goff and Forney 2013). L'approche analytique était plus simple pour les indicateurs ne dépendant pas du temps pour lesquels une régression logistique standard permettait une analyse des facteurs associés.

Le Baromètre santé 2010 est une grande enquête sur un large échantillon d'individus dont 1646 immigrés parmi lesquels 20,2% étaient originaires d'ASS, rendant ainsi possible des comparaisons entre immigrés et populations majoritaires mais aussi entre immigrés en fonction de l'origine, du temps passé en France et de l'acquisition de la nationalité française ou non. L'ensemble des personnes interrogées étaient interrogées sur le renoncement aux soins pour raison financière dans les 12 derniers mois sous la même forme que dans les grandes enquêtes de l'IRDES (Célan, Dourgnon et al. 2014), permettant ainsi une analyse par origine géographique qui n'avait pour l'instant que rarement été réalisée, mis à part dans la cohorte SIRS (Renahy, Vallée et al. 2012, Rondet, Lapostolle et al. 2014). Le Baromètre santé dispose aussi de nombreux indicateurs sociodémographiques qui, bien qu'ils ne soient pas renseignés de manière biographique, permettent un ajustement fin permettant d'analyser la part attribuable aux facteurs sociaux et aux discriminations. En termes de représentativité, le Baromètre santé 2010 nous fournit un large échantillon d'immigrés disposant d'une ligne téléphonique fixe ou portable et résident en France. En revanche, les immigrés les plus précaires qui ne disposent pas d'un logement personnel ou d'une ligne téléphonique sont systématiquement exclus de cette analyse. Ce n'est donc probablement pas la meilleure enquête pour investiguer le renoncement aux soins des plus précaires. Les deux enquêtes se complètent donc bien sur ce point, chacune avec ses avantages et ses inconvénients. Concernant l'analyse, nous avons fait le choix d'utiliser une régression de Poisson à variance robuste afin de pouvoir plus facilement comparer les rapports de prévalence entre les différents modèles. En effet, les modèles de régression logistique produisent des Odds-Ratio qui sont une mauvaise estimation des Risques Relatifs dans le cas des événements fréquents comme ici et qui dépendent de la prévalence de l'évènement. Quand on compare des Odds-Ratio, on ne peut que parler de réduction de la cote de la variable d'intérêt, notion pour le moins abstraite. L'utilisation d'un modèle de Poisson peut être discutée car il est utilisé pour analyser des variables selon une loi de Poisson. Les variables binaires analysées dans cette thèse ne suivent pas une loi de Poisson. Cependant, ce modèle peut leur être appliqué à condition d'y appliquer une variance robuste (Zou 2004). Cette utilisation du modèle de Poisson fait encore l'objet de discussions parmi les épidémiologistes. Dans notre travail, les

résultats des analyses pas à pas étaient similaires quand nous utilisions la régression logistique ou le modèle de Poisson à variance robuste (données non présentées).

En dehors du renoncement aux soins, du refus de soins et du délai à l'entrée en soins, les enquêtes ANRS-Parcours et Baromètre Santé 2010 ne disposent pas d'autres indicateurs sur l'accès aux soins, notamment pas de données de consommation de soins (recours au médecin généraliste et spécialiste), ni de recueil systématisé des autres barrières à l'accès aux soins. On peut aussi s'interroger sur le sens donné aux termes de « refus de soins » et à la question sur le « renoncement aux soins » (terme non utilisé dans ANRS-Parcours, utilisé comme tel dans le Baromètre santé) par les participants dont l'ancienneté d'arrivée en France est variable. Une mauvaise compréhension de la question et une moindre disposition à déclarer des barrières dans un cadre culturel différent, avec des normes d'accès aux soins différentes (l'accès aux soins étant conditionné au paiement préalable dans beaucoup de pays d'origine) peuvent avoir sous-estimé ces barrières (Després, Dourgnon et al. 2011). Il s'agit là d'expériences vécues, éminemment subjectives, dépendantes notamment du degré d'acculturation au pays d'accueil.

Ainsi, les deux enquêtes utilisées dans cette thèse se complètent utilement, la première permettant d'analyser de manière fine les interrelations entre les caractéristiques sociodémographiques et l'accès aux soins tout au long du parcours migratoire et de vie, en apportant un éclairage particulier sur les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH ou avec le VHB. La deuxième complète le constat de l'enquête Parcours sur la fréquence des renoncements aux soins en rendant possible une comparaison avec la population majoritaire, mais aussi avec les descendants d'immigrés et les personnes originaires des DOM/TOM.

## **1. Un accès relativement rapide à une couverture maladie**

Le présent travail de thèse montre tout d'abord que les immigrés subsahariens accèdent rapidement à une couverture maladie après leur arrivée en France. C'est particulièrement vrai quand ils sont arrivés après l'implémentation de la CMU ou quand ils ont été précocement en contact avec le système de santé. Cependant, il montre aussi que, dans certains cas, cette ouverture de droit était retardée. En effet, une personne sur dix ne disposait toujours pas d'une couverture maladie trois ans après son arrivée. C'était plus souvent le cas pour ceux qui ne disposaient pas d'un titre de séjour ou qui étaient en situation de précarité

financière, et ce malgré l'existence de l'AME et de la CMU-C en France, à la fois pour les immigrés en situation irrégulières et pour les personnes en situation de précarité.

La fréquence de recours à ces deux couvertures est par ailleurs importante dans notre échantillon, traduisant ainsi la place importante qu'elles jouent dans l'accès aux soins et inversement, le risque de dégradation de cet accès si elles venaient à être supprimées. Cet accès relativement bon à la couverture maladie est à mettre en perspective avec les autres résultats de l'enquête ANRS-Parcours qui ont montré que la majorité des répondants avaient traversé une période de plusieurs années de précarité et d'insécurité en lien avec les réglementations relatives au séjour et au travail en France, avec des pratiques administratives déshumanisées dans un contexte de surcharge permanente des services mais aussi, parfois, avec des pratiques abusives et diverses formes de discriminations (Gosselin, Desgrées du Loû et al. 2016, Le Défenseur des droits 2017). Le niveau de recours à la CMU et à l'AME au moment de l'enquête montre bien que ces situations de précarité sont encore présentes malgré l'ancienneté d'arrivée en France de plus de 10 ans pour la majorité.

Les résultats de l'enquête Parcours confortent donc le principe d'universalité du droit à la santé qui s'applique en France et qui doit être protégé. Il devrait cependant être renforcé pour les plus précaires qui souffrent plus souvent de la complexité du système. La qualité du système de soins français pour l'accès aux soins des immigrés a d'ailleurs été souligné dans une étude comparative des systèmes européens (Cuadra 2012).

## **2. Des barrières à l'accès aux soins**

Les résultats plutôt favorables de l'enquête ANRS-Parcours sur la couverture maladie ne doivent pas faire oublier les barrières à l'accès à une couverture maladie et aux soins qui sont régulièrement rapportées par les associations spécialisées et par le Défenseur des droits et qui ne se limitent pas à, mais n'excluent pas non plus, l'ouverture de droits à la couverture maladie (Chappuis, Tomasino et al. 2014, Comede 2017, Le Défenseur des droits 2017). On peut par exemple rappeler ici les difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière dans les trois premiers mois qui suivent leur arrivée en France, l'impasse administrative pour les personnes sous Visa, et la complexité des situations pour les citoyens européens inactifs (dont font partie les immigrés subsahariens ayant acquis un droit au séjour dans un pays tiers). Des constats récents font aussi état de difficultés à l'accès aux soins à l'hôpital public du fait des contraintes budgétaires des établissements de santé (Izambert

2016). Il faut aussi noter que bien que le niveau de couverture maladie de base soit satisfaisant, cela est beaucoup moins vrai pour la couverture maladie complémentaire avec près d'un tiers de non recours parmi les bénéficiaires de la Sécurité sociale dans l'enquête ANRS-Parcours, alors qu'il n'est que de 5% dans la population générale (Célan, Dourgnon et al. 2014). Le haut niveau de non recours à la complémentaire santé parmi les immigrés d'ASS (de l'ordre d'un sur trois) avait déjà été souligné dans l'enquête TeO (Hamel and Moisy 2013). Il faut aussi tenir compte d'une possible sous-estimation de ce phénomène au vu des risques de sélection discutés ci-dessus (patients en structure de soins).

### **3. Un haut niveau de renoncement aux soins**

La faible couverture maladie complémentaire explique au moins pour partie le haut niveau de renoncement aux soins qui est observé dans l'enquête ANRS-Parcours (plus d'une personne sur quatre) et qui s'explique principalement par des raisons financières comme dans la population générale (Buchmueller, Couffinhal et al. 2004, Després, Dourgnon et al. 2011). L'approche biographique a aussi permis d'identifier des ruptures de couverture maladie qui survenaient le plus souvent chez des personnes n'ayant jamais eu ou ayant perdu leur titre de séjour. Ainsi, l'ouverture de droits n'est pas une fin en soi et la vigilance est de mise pour que ces droits soient maintenus au long cours, en particulier pour les couvertures maladies nécessitant un renouvellement annuel (AME et CMU-C). On peut saluer à ce titre les récentes avancées dans le cadre de la réforme PUMa permettant une continuité des droits de base à l'Assurance maladie même en cas de changement de statut. Cela n'est, en revanche, malheureusement pas le cas pour la CMU-C et l'AME.

Le renoncement aux soins est beaucoup plus fréquemment rapporté par les immigrés subsahariens par rapport à la population générale dans les deux enquêtes. Comme cela est connu en population générale, le premier motif de renoncement est financier, loin devant les autres barrières souvent évoquées quand on parle de santé des migrants (problème de langue, peur du système de santé, difficultés de transport, problématiques culturelles, etc.). L'analyse en population générale du Baromètre Santé 2010 démontre, de manière claire, le niveau beaucoup plus élevé de renoncement aux soins des immigrés en comparaison avec la population majoritaire, mais aussi de leurs descendants, et des personnes originaires des DOM/TOM. Les immigrés d'Afrique subsaharienne sont particulièrement concernés. Ce sur-risque est, pour une bonne partie, expliqué par les conditions sociales et administratives des



immigrés mais aussi par les discriminations subies. Une association plus faible entre le renoncement aux soins et le statut d'immigré reste cependant mesurable même une fois ces facteurs pris en compte. Dans l'enquête ESPS 2010, 15% des répondants déclaraient avoir renoncé à des soins pour raison financière (Dourgnon, Guillaume et al. 2012). Cependant la question portait uniquement sur les 12 derniers mois et parmi les bénéficiaires de l'AM ou de la CMU. Cette proportion était plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C et parmi ceux non protégés par une couverture complémentaire (respectivement 20% et 33%). On ne peut pas comparer ces proportions avec celles de l'enquête ANRS-Parcours qui portent sur la période depuis l'arrivée en France et ciblent les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne indépendamment de leur affiliation à l'AM ou à la CMU. Cependant ce résultat est corroboré par d'autres études réalisées en France montrant la fréquence du non recours et du renoncement aux soins parmi les immigrants notamment ceux originaires d'Afrique subsaharienne (Hamel and Moisy 2013), et parmi ceux qui sont bénéficiaires de l'AME (taux de renoncement aux soins pour raisons financières au cours de 12 derniers mois de 25%) (Boisguérin and Haury 2008).

#### **4. Des refus de soins fréquents pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME**

Les expériences de refus de soins (par les institutions ou les professionnels de santé), bien que touchant une petite proportion des personnes interrogées, se sont révélées deux fois plus fréquentes parmi les PVVIH et prédominaient chez les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME. Les résultats confortent ainsi des données précédentes soulignant la discrimination dont pouvaient faire l'objet les PVVIH et la fréquence des refus de prise en charge des soins au titre de la CMU-C ou de l'AME. La pratique des dépassements d'honoraire est interdite pour les deux, ce qui est considéré comme un manque à gagner par certains praticiens libéraux. L'AME ne permet pas la télétransmission du fait de l'absence de carte Vitale et donc obligea le praticien à revenir aux feuilles de soins, considérées comme une surcharge administrative illégitime (Despres and Couralet 2011, Douay, Toullier et al. 2016). Plusieurs praticiens dénoncent par ailleurs les retards de paiement des soins délivrer aux bénéficiaires de l'AME, voire dans certains cas une absence de paiement.

La mauvaise connaissance de la population des bénéficiaires de la CMU-C et l'accent mis sur les quelques « abus » constatés (ou du moins jugés comme tels) contribuent

également à considérer les bénéficiaires comme illégitimes (Despres, Guillaume et al. 2009). A noter que les personnes n'étaient pas interrogées sur le refus de soins chez un dentiste ou chez certains spécialistes, praticiens chez lesquels les refus se sont révélés particulièrement fréquents (Despres and Naiditch 2006). À Paris en 2009, environ un quart des demandes de rendez-vous médicaux ont été refusés au motif que la personne était bénéficiaire de la CMU (Despres, Guillaume et al. 2009). En ce qui concerne l'AME, ce sont près de 2 médecins généralistes sur 5 qui refusent de donner un rendez-vous à un patient bénéficiant de cette couverture, d'après une enquête de Médecins du monde (Médecins du Monde, Simmonot et al. 2006). On notera une certaine tolérance de la part des autorités ordinales ou des autorités de santé dont bénéficient les professionnels de santé qui pratiquent le refus de soins au vu du faible nombre de poursuites engagées.

## **5. L'entrée en soins des PVVIH**

Le préalable à l'entrée en soins est le diagnostic de l'infection par le VIH. Les enquêtes ANRS-Parcours et SIRS ont démontré le rôle important joué, pour le dépistage, par les dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes précaires et de l'accès au système de soins par le biais des hospitalisations en particulier chez les hommes (Lapostolle, Massari et al. 2011, Limousi, Lert et al. 2017). Chez les femmes, le dépistage prénatal occupe une place centrale sans que celui-ci ne bénéficie au père. Pour autant, même chez les hommes, il a été démontré que les immigrés d'ASS n'étaient pas parmi les moins à même de se faire dépister (Lapostolle, Massari et al. 2011).

Une fois diagnostiqués, les immigrés subsahariens vivant avec le VIH entrent en soins la même année que celle de leur diagnostic pour la grande majorité d'entre eux. Ceux rentrant en soins dans un délai supérieur étaient plus souvent en situation de vulnérabilité sociale du fait de la migration ou de l'absence de couverture maladie. Ces constats confortent les données disponibles sur l'impact de l'origine migratoire, de la précarité sociale et du niveau d'éducation sur la prise en charge (diagnostic tardif à un stade avancé, prise en charge retardée, retard à l'introduction du traitement, perte de vue, réponse virologique et restauration immunitaire imparfaite) (Dray-Spira, Spire et al. 2007, Lanoy, Mary-Krause et al. 2007, Kesselring, Gras et al. 2010, Keiser, Spycher et al. 2012, Antiretroviral Therapy Cohort, Shepherd et al. 2013, Monge, Alejos et al. 2013, Socio-economic, EuroCoord et al. 2014, de Monteynard, Dray-Spira et al. 2015, de Monteynard, Matheron et al. 2016, Sobrino-

Vegas, Moreno et al. 2016) . Ces situations sont d'autant plus inquiétantes que le retard de prise en charge et sa relation avec le statut socio-économique des PVVIH est un facteur de risque connu de mortalité (Antiretroviral Therapy Cohort 2013, Montlahuc, Guiguet et al. 2013, Migrants Working Group on behalf of 2015, Protopopescu, Raffi et al. 2015). Dans certaines études, les immigrés ne présentent pas pour autant de surmortalité, possiblement en lien avec le « healthy migrant effect » et l'adoption de comportements moins délétères à la santé (Antiretroviral Therapy Cohort 2013). Le retard à l'entrée en soins concernait plus souvent les personnes dépistées à leur propre initiative qui semblaient ainsi moins bénéficier de l'accompagnement dont ont bénéficié ceux qui ont été dépistés à l'initiative d'un médecin. Une fois entrés en soins, la majorité des participants le restaient. Les ruptures de suivi rapportées concernaient plus souvent les participants dépendant de leur conjoint ou de leur famille pour les ressources financières et ceux diagnostiqués à un stade avancé de l'infection par le VIH ( $CD4 < 200/mm^3$  ou stade SIDA). Ainsi, l'indépendance financière, comme la stabilité du droit au séjour sont des facteurs importants pour assurer une prise en charge de qualité. Le maintien d'un droit au séjour pour raison de santé contribue ainsi, indirectement à l'efficacité de la prise en charge.

## **6. Spécificités de l'accès aux soins pour les patients ayant une hépatite chronique B**

Conduite au sein de plus des trois quarts des structures assurant une activité notable de suivi de l'hépatite B chronique auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France, l'enquête ANRS-Parcours a été élaborée avec le souci de rendre compte au mieux de la diversité de cette population, tant en termes de situation socioéconomique que d'état de santé. Les informations fournies permettent, pour la première fois en France, de caractériser les conditions de vie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique, de reconstituer de façon rétrospective leurs trajectoires en termes de diagnostic et d'accès aux soins pour la maladie et d'en identifier les freins et les leviers. Les personnes originaires d'ASS suivies en Ile-de-France pour une hépatite B chronique constituent une population hétérogène sur le plan clinique avec une majorité de formes peu actives sans fibrose significative et près de deux personnes sur 10 présentant une forme grave. Le diagnostic survient plus tardivement que pour le VIH (au cours de la 4<sup>ème</sup> année pour les hommes et de la 2<sup>ème</sup> année pour les femmes) et est favorisé par les contacts avec le système de santé (hospitalisation, grossesse) et par les périodes de précarité probablement parce

qu'elles génèrent des contacts avec une offre médicosociale et de prévention (Pannetier, Gigonzac et al. 2017). Cependant, le groupe hépatite B de l'enquête ANRS-Parcours semble présenter un niveau de précarité élevé sans qu'il soit possible de distinguer s'il est le reflet exact des immigrés subsahariens en soins ou bien s'il est lié à une sélection lors du recrutement (notamment du fait de la participation du Comede et d'un réseau hépatite dans ce recrutement). Une fois le diagnostic établi, l'entrée en soins était rapide, dans l'année qui suit le diagnostic pour la grande majorité des participants. Les ruptures de suivi de plus d'une année étaient rares dans cet échantillon de personnes en soins, mais pouvaient se prolonger dans le temps quand elles survenaient. Elles ne présagent pas de la fréquence des ruptures pour les personnes ayant des formes peu actives d'infection par le VHB et qui auraient arrêté leur suivi, ces personnes ne pouvant pas avoir été recrutées dans l'enquête. De plus, la fréquence du maintien du secret sur la maladie vis-à-vis de l'entourage constitue probablement un frein à la mise en œuvre des mesures nécessaires à la prise en charge des personnes contact et/ou à la prévention de la transmission de la maladie.

## **7. Un accès au droit au séjour pour raison de santé conditionné par la pathologie**

Dans l'enquête ANRS-Parcours, une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France avait déjà été effectuée par une PVVIH sur deux et par près d'un participant vivant avec une HBC sur trois. Elles étaient beaucoup plus rares pour les participants du groupe de référence, malgré la fréquence des pathologies chroniques (diabète, HTA, etc.). Le taux d'accord était beaucoup plus élevé dans le groupe VIH que dans les autres groupes. Les participants recevant un traitement pour leur hépatite B avaient plus de chance d'obtenir ce titre de séjour que ceux n'en bénéficiant pas. Le taux d'accord observé est plus faible que celui observé dans les ONG spécialisées qui proposent un accompagnement sociojuridique aux personnes malades demandeuses. L'enquête ANRS-Parcours est ainsi, une des premières enquêtes sur un échantillon représentatif des immigrés subsahariens en soins à produire une estimation du taux de recours au titre de séjour pour raison de santé. Elle souligne ainsi la place centrale que ce dernier joue dans la stabilisation sociale des PVVIH ou avec une HBC. Les différences observées invitent à mener des études plus ciblées sur d'autres pathologies prévalentes et en particulier sur les pathologies psychiatriques fréquemment rencontrées (Pannetier, Lert et al. 2017).

## **8. Comparaison de l'accès aux soins selon que l'on est porteur du VIH, du VHB ou que l'on consulte en médecine générale**

Finalement, les principales différences observées entre les 3 groupes de l'enquête ANRS-Parcours sont un moindre renoncement aux soins et moins de retard à l'ouverture des droits à la couverture maladie pour les PVVIH, possiblement en lien avec la prise en charge globale et pluridisciplinaire qui est développée dans la plupart des services, mais, à l'inverse, une exposition beaucoup plus importante aux refus de soins pour ces derniers, en lien avec les discriminations dont ils font l'objet.

## **9. Conclusions et perspectives**

Les immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France accèdent rapidement à une couverture maladie après leur arrivée en France. Ceci est d'autant plus vrai que les personnes sont arrivées dans les années 2000, après la mise en place de la CMU et de l'AME. Dans certaines situations comme la grossesse, les dispositifs sociaux et sanitaires semblent jouer un rôle d'accélérateur dans l'accès aux droits. L'absence ou la perte d'un titre de séjour, à l'inverse, restent des obstacles à l'obtention et à la continuité d'une couverture maladie malgré l'existence de l'Aide Médicale d'État. De plus, l'absence de couverture complémentaire est un facteur de renoncement aux soins : plus d'un répondant sur trois rapporte avoir déjà renoncé à se soigner, le plus souvent pour des raisons financières. Dans une population ayant des revenus faibles, les barrières financières à l'accès aux soins restent donc encore trop fréquentes. Ce constat est aggravé par des refus de prise en charge par certains professionnels de santé, peu fréquents mais préoccupants, car en discriminant les personnes affiliées par la CMU-C ou l'AME, ils discriminent les plus précaires. Il persiste donc des périodes de vie où certains immigrés ont un accès aux soins insuffisant. Il paraît donc fondamental de sauvegarder le système de protection social français pour continuer à assurer l'accès aux soins pour les plus vulnérables, mais aussi de défendre l'AME qui est régulièrement menacée de suppression par une partie de l'échiquier politique français<sup>9</sup>. Elle reste un dispositif marginal (<1% des dépenses de santé), transitoire (validité d'une année renouvelable) et ne donnant pas droit à une carte vitale, motif de refus de soins de la part de

---

<sup>9</sup> On peut citer la récente adoption par le Sénat dans le cadre du projet de loi asile et immigration, en Juin 2018, d'un article visant à remplacer l'AME par une aide médicale d'urgence centrée sur les maladies graves : <https://www.publicsenat.fr/article/politique/asile-le-senat-adopte-la-restriction-de-l-aide-medicale-d-etat-87384>

certaines soignants. La réticence des pouvoirs publics à mettre en place de véritables dispositifs d'accès aux droits semble s'expliquer par le soupçon d'illégitimité qui pèse sur les populations immigrées et la peur assez irrationnelle que les finances publiques soient submergées par leur demande.

Les liens établis ici entre accès aux droits, accès aux soins et situations de précarité témoignent d'inégalités sociales de recours aux soins parmi ces immigrés en région parisienne, et entre ces immigrés et le reste de la population (Hamel and Moisy 2013, Rondet, Lapostolle et al. 2014). Dans une région qui compte 17% d'immigrés, ces problématiques méritent d'être prises en compte si on souhaite limiter les inégalités sociales de recours aux soins de la population en général. Les obstacles dans l'accès aux droits et aux soins préventifs et curatifs ont non seulement des conséquences pour la santé de l'individu, mais aussi un coût social augmenté en cas de détérioration de l'état de santé (Kraft, Quimbo et al. 2009, FRA 2015). Il semble donc important de défendre le système français construit pour permettre un accès aux soins universel, répondre à des impératifs d'équité et de justice sociale, de sécurité sanitaire et de maîtrise des coûts et des dépenses publiques de santé. En particulier, malgré des remises en cause récurrentes, les évaluations de l'AME ont toujours conclu à son efficacité et mis en avant ses bénéfices pour la collectivité (Cordier and Salas 2010). La CMU-C comme l'AME permettent l'accès aux soins de personnes particulièrement vulnérables du fait de leur précarité sociale et/ou administrative.

Même si la littérature est pauvre sur ce point, une des difficultés pour appréhender les questions d'accès aux soins des immigrés est d'intégrer les représentations des immigrés eux même de ce qui est perçu comme un accès aux soins normal ; notamment par rapport à ce qu'il en est dans leur pays d'origine, de ce qu'ils attendent du système de santé français, mais aussi dans une moindre mesure de certaines représentations culturelles. Ceci renvoi notamment au champ de recherche qui se développe sur la « health literacy ». Une analyse fine de cette problématique nécessite la mise en place de travaux favorisant les méthodes qualitatives et s'intéressant à plusieurs sous populations comme les migrants primo-arrivants et les immigrés installés et résidant en France depuis longtemps, en fonction de l'origine, de l'appartenance ethnique, du genre, de la situation sociale, etc.

Les professionnels sociaux et médicaux et associatifs jouent un rôle central dans l'accompagnement des usagers et leur accès aux soins. Ils sont souvent confrontés à des exigences paradoxales qui mettent à mal leur travail. Une attention particulière doit être

portée sur la qualité de la prise en charge des plus vulnérables en intégrant une réflexion sur les pratiques professionnelles et une meilleure définition du champ de compétence de chacun pour éviter les retards de prise en charge, les différentes barrières à l'accès aux soins et aux droits. Les moyens sont le plus souvent insuffisants pour proposer une prise en charge globale médico-psychosociale centrée sur la personne en tenant compte de son histoire personnelle et de son parcours de vie. Les inégalités territoriales de prise en charge devraient être mieux étudiées et réduites (Maresca and Helmi 2014). Elles sont particulièrement importantes en France en dépit de la qualité du système de santé. Il est également important d'étudier et de tenir compte des représentations d'une partie des soignants et des travailleurs sociaux sur l'« appel d'air » qu'induirait la prise en charge des étrangers malades et le « risque d'invasion » ou d'illégitimité de personnes migrantes relevant pourtant de droits universels notamment en terme d'accès à des soins de qualité y compris en dehors du contexte de l'urgence. On peut citer parmi les nombreuses initiatives appelant à une meilleure prise en charge des migrants, la récente déclaration de l'European Public Health Association (EUPHA) appelant à une prise en charge plus inclusive des populations migrantes et des minorités ethniques, notamment en développant la « sensibilité à la diversité » parmi les soignants (EUPHA 2018). Elle appelle également à réduire l'écart entre les chercheurs et les décideurs afin d'implémenter des politiques de santé publique et d'immigration fondées sur des données probantes et à l'importance d'adapter le système de santé aux besoins des populations migrantes. A noter qu'il y est également souligné l'importance de s'intéresser aux descendants d'immigrés qui peuvent expérimenter des inégalités dans leur accès aux soins similaires à celles observés chez les immigrés, confortant les résultats présentés dans cette thèse sur le renoncement aux soins à partir des données du baromètre santé et invitant à mener des travaux plus ciblés sur cette population.

L'infection par le VIH et l'hépatite B chronique restent des maladies particulières impactant des populations cumulant souvent les facteurs de vulnérabilité sociale. Si l'histoire du VIH a permis d'intégrer l'importance d'un suivi global et partagé des PVVIH, force est de constater que ceci semble beaucoup moins vrai pour les personnes vivant avec une hépatite B chronique. De plus, les contraintes secondaires à l'augmentation des files actives et les injonctions contradictoires dont font l'objet les soignants dans un contexte économique difficile, laissent craindre des reculs dans ces bonnes pratiques. Les dispositifs de prise en charge en France devraient ainsi développer une offre de soins et d'accompagnement permettant une prise en charge globale de la personne, dans sa complexité, et tenant compte

de ses vulnérabilités. Les recours à la médiation en santé et à l'interprétariat professionnel devraient, dans ce cadre, être systématisés quand ils sont nécessaires et leur implémentation facilitée par la mise à disposition de moyens dédiés. Au-delà de la dimension humaniste, l'intérêt financier de ces deux dispositifs pour la collectivité est vraisemblable même s'il reste difficile à démontrer malgré quelques évaluations positives (DGS 2006, ASAV 2013). Le rôle et la place, tant des médiateurs que des interprètes, ont récemment été reconnus dans la loi santé de 2016 et par la Haute Autorité en Santé qui en a défini les contours dans un référentiel métier (HAS 2017, HAS 2017). Une attention particulière doit être portée au suivi des personnes en situation irrégulière ou avec un droit au séjour précaire d'un an ou moins. La récente actualisation des recommandations d'experts sur la prise en charge du VIH, consacre un chapitre complet à l'accès aux soins et à la prise en charge des populations vulnérables (L'Hénaff, Blanc et al. 2017). Il y est en particulier rappelé que la prise en charge des PVVIH doit dépasser les seuls aspects biomédicaux, en faveur d'une approche coordonnée avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux et associatifs, le rôle des associations communautaires et d'auto-support, la place importante de l'interprétariat professionnel, de la mise en place de formations en médiation en santé, de l'accès rapide à un droit au séjour et du maintien du droit au séjour pour raisons de santé, l'importance d'une évaluation sociojuridique de l'accès aux droits systématique, du maintien de l'AME (et si possible de sa fusion avec l'Assurance maladie), de la CMU-C et de l'ACS (en relevant si possible leurs plafonds) et des fonds pour les soins urgents et vitaux. Il est également proposé de renforcer l'offre d'hébergement adapté, de lutter contre les refus de soins et de promouvoir une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle et la mise en place d'initiatives communautaires de soutien par les pairs. Enfin, la mise en place d'un dépistage dans le droit commun des personnes migrantes, par l'intermédiaire de la mise en place d'un bilan de santé global librement consenti, et réalisé hors de toute procédure de médecine de contrôle est également recommandé et repris dans la Stratégie nationale de santé sexuelle et dans le « Parcours santé migrants » qui est en cours de construction au Ministère de la santé. Ces recommandations invitent ainsi les pouvoirs publics à se saisir de la question de l'accès aux soins et au dépistage des immigrés, et les soignants à s'ouvrir à des nouveaux modes de prise en charge tenant compte du social et intégrant les nouveaux outils comme la médiation et l'interprétariat. Il convient par ailleurs, de rester attentif au maintien du droit au séjour pour les étrangers malades. En effet, avec les changements organisationnels détaillés en introduction (transfert de l'évaluation médicale des médecins des ARS aux médecins de l'OFII), des allongements importants des délais de traitement des dossiers, y compris de



renouveau, ont été constatés parfois avec des conséquences dramatiques pour des individus intégrés qui, ne pouvant plus justifier de leur droit au séjour pendant cette période d'attente, ont perdu leur emploi et/ou leurs droits sociaux. Les associations ont par ailleurs récemment dénoncé les refus de renouvellement de titre de séjour pour raison de santé pour des étrangers vivant avec le VIH, pathologie jusque-là protégée par une circulaire interdisant le renvoi dans un pays à faible ressources des PVVIH (AIDES 2018, ODSE 2018).

La complexité de la recherche sur les populations issues de l'immigration montre bien la limite des données globales ne tenant pas compte de l'origine géographique ou de l'ethnicité, comme cela avait été démontré auparavant avec le genre et les catégories sociales. Ainsi, les grandes enquêtes devraient systématiquement renseigner le pays de naissance, le statut relatif au séjour et le pays de naissance des parents afin de pouvoir tenir compte de ces caractéristiques dans les analyses des grands indicateurs comme nous l'avons fait avec le Baromètre santé 2010 et tel que recommandé par l'EUPHA (EUPHA 2018). En complément, il est souhaitable de promouvoir la construction de projets de recherche-action visant à évaluer des programmes de prévention primaire de l'exposition au VIH, du dépistage précoce du VIH et du VHB et d'accompagnement dans le soin des immigrés concernés. Ces travaux intégreront dans le meilleur des cas l'intervention de médiateurs en santé et le recours systématique à l'interprétariat professionnel quand il est nécessaire. Une évaluation de l'effet de la réforme PUMa sur la diminution des ruptures de couverture maladie serait également intéressante à conduire. Des travailleurs sociaux ont alerté sur un effet pervers de cette réforme qui permet de conserver ces droits à l'Assurance maladie pendant 1 an indépendamment de l'évolution du statut administratif, notamment lors de la perte d'un droit au séjour (débouté du droit d'asile par exemple), mais avec l'impossibilité de renouveler dans le même temps la CMU-C faute de régularité du séjour, ni d'accéder à l'AME car des droits de base existent (Monnier Boucard 2018). Une évaluation de la nouvelle organisation mise en place pour l'accès au droit au séjour pour soins mériterait également l'attention des chercheurs et des associations.

Les résultats de l'enquête Parcours ne préjugent pas de l'accès aux soins des immigrés dans d'autres pays à haut niveau de revenu. Au vu de la disparité des systèmes de protection sociale et des réglementations permettant l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière (Chauvin, Parizot et al. 2009), il serait souhaitable de mener des études similaires à une échelle européenne, en intégrant des indicateurs de système de santé. Ces travaux menés

dans les pays à ressources élevées, ne doivent pas faire oublier qu'une grande partie des migrants ont émigré et résident dans des pays à ressources faibles ou moyennes où les enjeux de l'accès aux soins sont sans commune mesure avec ceux rencontrés en Europe. C'est encore plus vrai pour les populations déplacées, estimées à 66 millions de personnes par le Haut-Commissariat aux Réfugiés en 2016, dont 84% étaient accueillies dans des pays à ressources faibles ou moyennes. L'enjeu est évidemment aussi l'accès aux soins dans les pays d'origine et d'une manière plus générale le développement de ces derniers. Ainsi, au-delà de la problématique de l'accès aux soins des immigrants en France, l'accès aux soins et l'implémentation d'une couverture maladie universelle à l'échelle internationale est un enjeu majeur pour l'humanité. Un récent travail de modélisation estime que les dépenses mondiales de santé devraient doubler d'ici 2040 et que la part des dépenses de santé qui seront couvertes par les ressources mises en commun variera de 20% à 98% selon les pays (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator 2018). Les pays ayant implémenté les programmes de couverture maladie universelle les plus efficaces seront les plus à même d'atteindre des niveaux de couverture élevés qui pourraient ainsi bénéficier à 5,6 milliards de personnes dans le monde en 2030.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1946). "Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946." Retrieved 11/03/2018, from <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>.
- (1948). Déclaration universelle des droits de l'Homme. ONU. Paris.
- (1976). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ONU.
- (2002). Code de la Santé Publique. . Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002. Paris.
- (2011). Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Rio de Janeiro, OMS.
- Abgrall, S., L. Fugon, N. Lele, E. Carde, M. Bentata, O. Patey, M. A. Khuong, B. Spire, O. Bouchaud, P. Carrieri and A.-V. s. group (2014). "Risk factors for adherence failure in HIV-infected sub-Saharan migrants living in France and travelling back to their native country." Int J STD AIDS **25**(5): 389-390.
- Abgrall, S., L. Fugon, N. Lele, E. Carde, M. Bentata, O. Patey, M. A. Khuong, B. Spire, P. Carrieri and O. Bouchaud (2013). "Visiting one's native country: the risks of nonadherence in HIV-infected sub-Saharan migrants--ANRS VIHVO study." J Int Assoc Provid AIDS Care **12**(6): 407-413.
- Afrite, A., J. Mousquès and Y. Bourgueil (2014). "Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS." Document de travail IRDES **63**.
- Agudelo-Suarez, A. A., D. Gil-Gonzalez, C. Vives-Cases, J. G. Love, P. Wimpenny and E. Ronda-Perez (2012). "A metanalysis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants." BMC Health Serv Res **12**: 461.
- AIDES (2018). Du jamais vu: 23 étrangers-ères séropositifs-ves menacées-es de mort par expulsion. Pantin, AIDES.
- Allin, S., M. Grignon and J. Le Grand (2010). "Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?" Soc Sci Med **70**(3): 465-472.
- Allin, S. and C. Masseria (2009). "Unmet need as a indicator of health care access." Eurohealth (London) **15**(3): 7-9.
- Allison, P. (1982). "Discrete time methods for the analysis of event histories." Social Methodology **13**: 61-98.
- Allonier, C., P. Dourgnon and T. Rochereau (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008., IRDES. **547**.
- Andersen, R. M. and P. L. Davidson (2001). Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. Changing the US health care system: Key issues in health services, policy and management. San Francisco: 3-30.
- Anderson, B. J. (2009). "HIV Stigma and Discrimination Persist, Even in Health Care." Virtual Mentor **11**(12): 998-1001.
- Andersson, M. I., R. Rajbhandari, M. C. Kew, S. Vento, W. Preiser, A. I. Hoepelman, G. Theron, M. Cotton, J. Cohn, D. Glebe, O. Lesi, M. Thursz, M. Peters, R. Chung and C. Wiysonge (2015). "Mother-to-child transmission of hepatitis B virus in sub-Saharan Africa: time to act." Lancet Glob Health **3**(7): e358-359.
- Andre, J.-M. and F. Azzedine (2016). "Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance." Public Health Reviews **37**(5).
- ANRS (2002). Sida, immigration et inégalités Nouvelles réalités, nouveaux enjeux. Paris, ANRS.
- Antiretroviral Therapy Cohort, C. (2013). "Influence of geographical origin and ethnicity on mortality in patients on antiretroviral therapy in Canada, Europe, and the United States." Clin Infect Dis **56**(12): 1800-1809.
- Antiretroviral Therapy Cohort, C., B. E. Shepherd, C. A. Jenkins, D. D. Parrish, T. R. Glass, A. Cescon, A. Masabeu, G. Chene, F. de Wolf, H. M. Crane, I. Jarrin, J. Gill, J. del Amo, S. Abgrall, P. Khaykin, C. Lehmann, S. M. Ingle, M. T. May, J. A. Sterne and T. R. Sterling (2013). "Higher rates of AIDS during the first year of antiretroviral therapy among migrants: the importance of tuberculosis." AIDS **27**(8): 1321-1329.

- Antoine, P., X. Bry and P. D. Diouf (1987). "La fiche "AGEVEN" : un outil pour la collecte des données rétrospectives [The "AGEVEN" sheet: a tool for retrospective data collection]." Techniques d'Enquête **13**(2): 173-181.
- Arrey, A. E., J. Bilsen, P. Lacor and R. Deschepper (2017). "Perceptions of Stigma and Discrimination in Health Care Settings Towards Sub-Saharan African Migrant Women Living with Hiv/Aids in Belgium: A Qualitative Study." J Biosoc Sci **49**(5): 578-596.
- ASAV (2013). Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms. Rapport final d'évaluation., Association pour l'accueil des voyageurs: 69.
- Assaf, S., S. Campostrini, C. Di Novi, F. Xu and C. Gotway Crawford (2016). "Analyzing disparity trends for health care insurance coverage among non-elderly adults in the US: evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1993-2009." Eur J Health Econ.
- Attias-Donfut, C. and P. Tessier (2005). "Santé et vieillissement des immigrés. [Health and aging of immigrants]." Retraite et Société **46**: 90-129.
- Baggett, T. P., J. J. O'Connell, D. E. Singer and N. A. Rigotti (2010). "The unmet health care needs of homeless adults: a national study." Am J Public Health **100**(7): 1326-1333.
- Bamford, L. P., P. D. Ehrenkranz, M. G. Eberhart, M. Shpaner and K. A. Brady (2010). "Factors associated with delayed entry into primary HIV medical care after HIV diagnosis." AIDS **24**(6): 928-930.
- Bazin, F., I. Parizot and P. Chauvin (2005). "Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003." Eur J Public Health **15**(4): 361-367.
- Bazin, F., I. Parizot and P. Chauvin (2006). "Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001." Sciences Sociales et Santé **24**: 11-31.
- Beauchemin, C., C. Hamel, M. Lesne, P. Simon and TeO survey team (2009). "Discrimination: a question of visible minorities." Population & Societies(466): 4.
- Beauchemin, C., C. Hamel and P. Simon (2015). Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Paris, Ined.
- Beck, F., A. Gautier, R. Guignard and J.-B. Richard (2013). Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 [Survey Methodology of the 2010 Health Barometer]. Baromètre santé 2010. c. Inpes. Saint Denis, Santé Publique France: 28.
- Belli, R. F. (1998). "The structure of autobiographical memory and the event history calendar: potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys." Memory **6**(4): 383-406.
- Berchet, C. (2011). Immigration and health care utilisation in France: New evidence from Health Care and Insurance Survey. D. d. Travail, Leda-Legos (mimeo).
- Berchet, C. (2013). "[Health care utilisation in France: an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration]." Rev Epidemiol Sante Publique **61 Suppl 2**: S69-79.
- Berchet, C. and F. Jusot (2010). "L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine [The state of health of first and second generation migrants in France. An analysis according to gender and origin]." Revue économique **61**: 1075-1098.
- Berchet, C. and F. Jusot (2012). "Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. [State of health and care of immigrants: a summary of French work]." Questions d'économie de la santé **172**.
- Bertaux, D. and F. Singly (2016). Le récit de vie, Armand Collin.
- Bertet, H., M.-C. Etienne, R. Cheyrezy, B. Clarivet, J.-L. Chaize and M.-C. Picot (2011). "Identification des facteurs de renoncement aux soins chez les patients précaires. [Identifying factors of unmet needs in precarious patients]." Rev Epidemiol Santé Pub **59S**: S18-S36.
- Biswas, D., M. Kristiansen, A. Krasnik and M. Norredam (2011). "Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark." BMC Public Health **11**: 560.
- Boisguérin, B. (2004). Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU – mars 2003. S. r. Statistiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. **63**: 1-97.
- Boisguérin, B. (2011). Renoncement aux soins. Actes du colloque. [Unmet health care need. Proceedings of the conference.]. Paris, Drees.
- Boisguérin, B. and B. Haury (2008). "Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. [The beneficiaries of the State Medical Assistance in contact with the health care system]." Etudes et résultats **645**: 1-8.

- Bonnet, F., H. Fischer, F. Lert, F. Lot, V. Supervie, P. Tattevin and A. Velter (2017). Epidémiologie de l'infection à VIH en France. [Epidemiology of HIV infection in France.]. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'expert. Paris, ANRS: 26.
- Bouchaud, O. (2009). "La prise en charge des populations vulnérables infectées par la tuberculose et le VIH." Bull Epidemiol Hebd **12/13**: 119-121.
- Bouchaud, O. (2010). "La problématique de l'accès aux soins des populations migrantes et/ou exclues en France." Le Concours Médical **132**(6): 17-18.
- Bouchaud, O. and K. Cherabi (2006). "[Caring for immigrants living with HIV-AIDS in France]." Rev Prat **56**(9): 1005-1010.
- Boussad, N., N. Couleaud and M. Sagot (2017). "Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional [An immigrant population today more spread over the regional territory]." Insee Analyses(70): 4.
- Buchmueller, T. C., A. Couffinhal, M. Grignon and M. Perronnin (2004). "Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France." Health Econ **13**(7): 669-687.
- Butow, P. N., M. L. Bell, L. J. Aldridge, M. Sze, M. Eisenbruch, M. Jefford, P. Schofield, A. Girgis, M. King, P. S. Duggal, J. McGrane, D. Goldstein and C. t. Psycho-Oncology Co-operative Research Group (2013). "Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study." Support Care Cancer **21**(9): 2509-2520.
- Cadot, E., J. Gueguen and A. Spira (2008). "Le renoncement aux soins parmi la population parisienne, le poids des déterminants sociaux et économiques." Rev Epidemiol Santé Pub **56S**(S259-S294).
- Calvez, M., C. Semaille, F. Fierro and A. Laporte (2008). "[Delayed access to care, precariousness and vulnerability of HIV-positive women]." Med Sci (Paris) **24 Spec No 2**: 144-150.
- Cambois, E. and F. Jusot (2011). "Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France." Eur J Public Health **21**(5): 667-673.
- Carde, E. (2007). "[Discrimination according to origin in access to care]." Sante Publique **2**(19): 99-110.
- Cavalieri, M. (2013). "Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis." Int J Health Geogr **12**: 27.
- Célant, N., P. Dourgnon, S. Guillaume, A. Pierre, T. Rochereau and C. Sermet (2014). "L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. [The 2012 Health and Social Protection Survey (ESPS). First results]." Questions d'économie de la santé **198**.
- Chappuis, M., A. Tomasino, C. Bailleul, D. Fanget, F. Ganon-Lecomte, S. Laurence, O. Maguet and M.-D. Pauti (2017). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2016. Paris, Médecins du Monde: 136.
- Chappuis, M., A. Tomasino and E. Didier (2016). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecin du Monde. Rapport 2015. [Observatory of access to rights and care of the France mission of Médecin du Monde. Report 2015.], Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.
- Chappuis, M., A. Tomasino, G. Fahet, E. Gardiès and T. Bouillie (2014). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2013. [Observatory of access to rights and care of the mission France. Report 2013.], Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.
- Chauvin, P. (2002). The aggravation of health inequalities in Europe demands new responses. Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe. Amsterdam, IOS Press: 3-10.
- Chauvin, P., I. Parizot and N. Simmonot (2009). Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Paris, Médecins du Monde European observatory on access to healthcare: 154.
- Chauvin, P., N. Simonnot, C. Douay and F. Vanbiervliet (2014). Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 25 cities across 10 countries. report on the social and medical data gathered in 2013 in Eight European countries, turkey and Canada. paris, International network of Médecins du monde.
- Chen, J., J. A. Rizzo and H. P. Rodriguez (2011). "The health effects of cost-related treatment delays." Am J Med Qual **26**(4): 261-271.
- Chérèque, F. and S. Vanackere (2014). Evaluation de la 1ere année de mise en oeuvre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale., Inspection générale des finances.
- Chernet, A., A. Neumayr, C. Hatz, K. Kling, V. Sydow, K. Rentsch, J. Utzinger, N. Probst-Hensch, H. Marti, B. Nickel and N. D. Labhardt (2018). "Spectrum of infectious diseases among newly arrived Eritrean refugees in Switzerland: a cross-sectional study." Int J Public Health **63**(2): 233-239.

- Cohen, M. S., Y. Q. Chen, M. McCauley, T. Gamble, M. C. Hosseinipour, N. Kumarasamy, J. G. Hakim, J. Kumwenda, B. Grinsztejn, J. H. Pilotto, S. V. Godbole, S. Mehendale, S. Chariyalertsak, B. R. Santos, K. H. Mayer, I. F. Hoffman, S. H. Eshleman, E. Piwowar-Manning, L. Wang, J. Makhema, L. A. Mills, G. de Bruyn, I. Sanne, J. Eron, J. Gallant, D. Havlir, S. Swindells, H. Ribaud, V. Elharrar, D. Burns, T. E. Taha, K. Nielsen-Saines, D. Celentano, M. Essex, T. R. Fleming and H. S. Team (2011). "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy." *N Engl J Med* **365**(6): 493-505.
- Coldefy, M., L. Com-Ruelle, V. Lucas-Gabrielli and L. Marcoux (2011). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007., Irdes. **1838-9**.
- Comede (2013). Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique pour les professionnels.
- Comede (2014). Rapport du Comede. Kremlin Bicêtre, Comede.
- Comede (2016). Rapport 2016 du Comede, Synthèse de l'activité 2015. [2016 Report of the Comede, Synthesis of activity 2015]. Kremlin Bicêtre, Comede.
- Comede (2017). Rapport 2017 du Comede. Activité 2016 [2017 Report of the Comede. Activity 2016]. Le Kremlin Bicêtre, Comede: 55.
- Comede. (2018). "Synthèse pour faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité sociale." Retrieved 3, from <http://www.comede.org/download/synthese-pour-faciliter-lacces-aux-soins-des-personnes-migrantes-en-situation-de-vulnerabilite-sociale/>.
- Cordier, A. and F. Salas (2010). Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances: 23.
- Costagliola, D., F. Bonnet, H. Fischer, F. Lert, F. Lot, V. Supervie, P. Tattevin and A. Velter (2017). Epidemiology of HIV infection in France. Medical management of people living with HIV. 2017 Expert Group Recommendations. Epidemiology of HIV infection in France (July 2017). Paris, Conseil national du sida et des hépatites virales: 26.
- Couffinhal, A., P. Dourgnon, P. Y. Geoffard, M. Grignon, J. Lavis, F. Naudin and D. Polton (2005). "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen. [Policies to reduce health inequalities, what place for the health system? European lighting]." *Questions d'économie de la santé* **93**.
- Couillet, M. and A. Desgrées du Loû (2010). Les africains vivant en France. Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins. Working paper du CEPED. Paris. **8**.
- Courgeau, D. and E. Lelièvre (1989). Les analyses biographique des biographies. Paris, Ined.
- Cuadra, C. B. (2012). "Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies." *Eur J Public Health* **22**(2): 267-271.
- Cylus, J. and I. Papanicolas (2015). "An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?" *Health Policy* **119**(9): 1133-1144.
- de Celeyran, F. T., Y. Girardeau, S. Khan, F. Morinet and C. Georges-Tarragano (2013). "Health-care access for migrants in France." *Lancet* **382**(9906): 1704.
- de Lagasnerie, G., F. Jusot, J. Wittwer, P. Ricci-Renaud, C. Gastaldi-Menager, M. Mazars, S. Riviere, A. Fagot-Campagna, C. Gissot and D. Polton (2015). Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les dépenses de santé en 2014: 141-169.
- de Monteynard, L. A., R. Dray-Spira, P. de Truchis, S. Grabar, O. Launay, J. L. Meynard, M. A. Khuong-Josses, J. Gilquin, D. Rey, A. Simon, J. Pavie, A. Mahamat, S. Matheron, D. Costagliola, S. Abgrall and H. I. V. French Hospital Database on (2015). "Later cART Initiation in Migrant Men from Sub-Saharan Africa without Advanced HIV Disease in France." *PLoS One* **10**(3): e0118492.
- de Monteynard, L. A., S. Matheron, J. Gilquin, J. Pavie, P. de Truchis, S. Grabar, O. Launay, J. L. Meynard, M. A. Khuong-Josses, D. Rey, A. Simon, A. Mahamat, R. Dray-Spira, D. Costagliola, S. Abgrall and C. O. Fhdh-Anrs (2016). "Influence of geographic origin, sex, and HIV transmission group on the outcome of first-line combined antiretroviral therapy in France." *AIDS* **30**(14): 2235-2246.
- De Vito, E., C. de Waure, M. L. Specchia and W. Ricciardi (2015). Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. Copenhagen.
- Del Amo, J., G. Likatavicius, S. Perez-Cachafeiro, V. Hernando, C. Gonzalez, I. Jarrin, T. Noori, F. F. Hamers and F. Bolumar (2011). "The epidemiology of HIV and AIDS reports in migrants in the 27 European Union countries, Norway and Iceland: 1999-2006." *Eur J Public Health* **21**(5): 620-626.

- Derose, K. P., B. W. Bahney, N. Lurie and J. J. Escarce (2009). "Review: immigrants and health care access, quality, and cost." Med Care Res Rev **66**(4): 355-408.
- Desgrées du Loü, A. and F. Lert (2017). Parcours. D'Afrique en Ile de France, les Africains subsahariens face au VIH et à l'hépatite B, Paris, La Découverte.
- Desgrées du Loü, A., J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, V. Supervie, H. Panjo, N. Bajos, F. Lert, N. Lydié, R. Dray Spira and groupe ANRS-Parcours (2015). "Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France: combien ont été infectés après la migration? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours." Bull Epidemiol Hebd **40-41**: 752-757.
- Desgrées-du-Lou, A., J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, V. Supervie, H. Panjo, N. Bajos, F. Lert, N. Lydie, R. Dray-Spira and G. Parcours Study (2015). "Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013." Euro Surveill **20**(46).
- Desgrées-du-Lou, A., J. Pannetier, A. Ravalihasy, M. Le Guen, A. Gosselin, H. Panjo, N. Bajos, N. Lydie, F. Lert, R. Dray-Spira and P. S. 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.
- Després, C. (2010). "La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires." Prat Organ Soins **41**(1): 33-43.
- Despres, C. and P. E. Couralet (2011). "Situation testing: the case of health care refusal." Rev Epidemiol Sante Publique **59**(2): 77-89.
- Després, C., P. Dourgnon, R. Fantin and F. Jusot (2011). "Giving up on Health Care for Economic Reasons: an Econometric Approach." Questions d'économie de la santé **170**.
- Després, C., P. Dourgnon, R. Fantin and F. Jusot (2011). "Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. [Giving up on health care care for financial reasons: an econometric approach]." Questions d'économie de la santé **170**.
- Després, C., P. Dourgnon, R. Fantin and F. Jusot (2011). "Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. [Unmet health care needs: a socio-anthropological approach.]" Questions d'économie de la santé **169**.
- Despres, C., S. Guillaume and P. E. Couralet (2009). Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris: une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Paris, Irdes, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.
- Despres, C. and M. Naiditch (2006). Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Ministère de la santé et des solidarités.
- Devaux, M. and M. de Looper (2012). "Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009." OECD Health Working Papers **58**.
- Deville, W., T. Greacen, M. Bogic, M. Dauvrin, S. Dias, A. Gaddini, N. K. Jensen, C. Karamanidou, U. Kluge, R. Mertaniemi, R. P. Riera, A. Sarvary, J. J. Soares, M. Stankunas, C. Strassmayr, M. Welbel and S. Priebe (2011). "Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study." BMC Public Health **11**: 699.
- DGS (2006). Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Ministère de la santé et des solidarités: 130.
- Douay, C., A. Toullier, S. Benayoun, D. R. Castro and P. Chauvin (2016). "Refusal to provide health care to people with HIV in France." Lancet **387**(10027): 1508-1509.
- Douine, M., O. Bouchaud, M. R. Moro, T. Baubet and O. Taieb (2012). "[Representations and illness narratives in migrants HIV-patients originating from West Africa]." Presse Med **41**(4): e204-212.
- Dourgnon, P., S. Guillaume and T. Rochereau (2012). Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 [French Health and Social Protection Survey 2010]. Les rapports de l'IRDES. **553**.
- Dourgnon, P., F. Jusot and R. Fantin (2012). "Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. [Paying seriously harm to health: a study of the impact of financial unmet need on health care]." Économie publique/Public economics **28-29**(1-2).

- Dourgnon, P., F. Jusot, J. Silva and C. Sermet (2009). "Immigrants' access to ambulatory care in France." Questions d'économie de la santé **146**: 1-6.
- Dray Spira, R., V. Gignonac, N. Vignier, J. Pannetier, P. Sogni, F. Lert, N. Bajos, N. Lydie, A. Desgrées du Loü and G. ANRS-Parcours (2015). "Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Ile-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours [Characteristics of people from Sub-Saharan Africa followed up for chronic hepatitis B in the greater Paris area in 2012-2013. Data from the ANRS-PARCOURS Survey]." Bull Epidémiol Hebd **19-10**: 339-346.
- Dray Spira, R., B. Spire, F. Lert and Groupe ANRS-Vespa2 (2013). "Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 [General methodology of the ANRS-Vespa2 survey]." Bull Epidémiol Hebd **2013**(26-27): 321-324.
- Dray-Spira, R., B. Spire, I. Heard, F. Lert and V. S. Group (2007). "Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study." AIDS **21 Suppl 1**: S5-12.
- Dray-Spira, R., K. Wilson d'Almeida, C. Aubrière, F. Marcellin, B. Spire, F. Lert and e. l. g. Vespa2 (2013). "État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2." Bull Epidémiol Hebd **26-27**: 285-292.
- Duguet, A. M. and B. Beviere (2011). "Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France." Eur J Health Law **18**(1): 27-35.
- ECDC (2013). Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC (2017). Evidence brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control: 4.
- El Mbouraki, M. and E.-H. Riard (2016). Etat socio-sanitaire des personnes âgées immigrées, L'Hamarttan.
- Elford, J., F. Ibrahim, C. Bukutu and J. Anderson (2008). "HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK." AIDS Behav **12**(2): 255-264.
- Enel, C., A. Minello and P. Hillon (2012). "Représentations des professionnels et dépistages des hépatites B et C chez les migrants: une étude qualitative en Côte d'Or [Health professionals' perceptions and screening for hepatitis B and C among migrants: a qualitative study in Cote-d'Or, France]." Sante Publique **24**(4): 303-315.
- EUPHA (2018). Statement by the European Public Health Association (EUPHA) on migration, ethnicity and health: 3.
- European Commission (2000). "Charter of Fundamental Rights of the European Union." Journal of the European Communities **C364/1**.
- European Parliament, The Council and The Commission at the European Council meeting (2000). The Charter of Fundamental Rights of the European Union. Nice, European Union.
- Fakoya, I., D. Alvarez-Del Arco, S. Monge, A. J. Copas, A. F. Gennotte, A. Volny-Anne, C. Wengenroth, G. Touloumi, M. Prins, H. Barros, K. E. Darling, T. Prestileo, J. Del Amo, F. M. Burns and M. S. T. a (2018). "HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe." J Int AIDS Soc **21 Suppl 4**: e25123.
- Fassin, D. (2002). Sida, immigration et inégalités: nouvelles réalités, nouveaux enjeux. Sida, immigration et inégalités. ANRS.
- Fassin, D., E. Carde, N. Ferré and S. Musso-Dimitrijevic (2001). Un traitement inégal, des discriminations dans l'accès aux soins. Bobigny, CRESF.
- Féron, V. (2017). "Analyse géographique infra-départementale de l'épidémie du VIH à partir des données ALD." Bulletin Cire - ORS - Ile-de-France **1**: 7-9.
- FRA (2015). Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. Luxembourg, European Union Agency for Fundamental Rights.
- French Ministry of Health (2004). Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Law No. 2004-806 of 9 August 2004 on Public Health Policy].
- Gerbier-Aublanc, M., A. Gosselin and P. S. Group (2016). "Access to employment among African migrant women living with HIV in France: opportunities and constraints." AIDS Care **28**(8): 1058-1061.



- Girardi, E., M. S. Aloisi, C. Arici, P. Pezzotti, D. Serraino, R. Balzano, G. Vigevani, F. Alberici, M. Ursitti, M. D'Alessandro, A. d'Arminio Monforte, G. Ippolito and I. C. B. E. S. Group (2004). "Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy." *J Acquir Immune Defic Syndr* **36**(4): 951-959.
- Glasner, T. and W. van der Vaart (2009). "Applications of calendar instruments in social surveys: a review." *Qual Quant* **43**(3): 333-349.
- Gloasguen, C. and C. Siruge (2015). Rapport d'information sur la mise en oeuvre des conclusions du rapport d'information sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état., Assemblée nationale.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator, N. (2018). "Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016-40." *Lancet* **391**(10132): 1783-1798.
- Gosselin, A., A. Desgrées du Loû, E. Lelievre, F. Lert, R. Dray Spira, N. Lydie and groupe ANRS-Parcours (2016). "Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ?" *Population et Sociétés* **533**: 1-4.
- Gosselin, A., A. Desgrées du Loû, E. Lelievre, F. Lert, R. Dray Spira, N. Lydie and G. Parcours Study (2016). "How long do sub-Saharan migrants take to settle in France ?" *Population et societies* **533**: 1-4.
- GRAB (1999). Groupe de réflexion sur l'approche biographique. Biographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques. *Méthodes et Savoirs* n°3. PUF. Paris, Ined: 340.
- Gray, B., J. Hilder and M. Stubbe (2012). "How to use interpreters in general practice: the development of a New Zealand toolkit." *J Prim Health Care* **4**(1): 52-61, A51-58.
- Gray, B. H. and E. van Ginneken (2012). "Health care for undocumented migrants: European approaches." *Issue Brief (Commonw Fund)* **33**: 1-12.
- Guthmuller, S., F. Jusot and J. Wittwer (2011). "Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille." *Questions d'économie de la santé* **162**.
- Hamel, C. and M. Moisy (2012). "Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008." *Bull Epidémiol Hebd* **2-3-4**: 21-24.
- Hamel, C. and M. Moisy (2013). "Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série Trajectoires et Origines (TeO) : enquête sur la diversité des populations en France. [Immigrants and descendants of immigrants face health. Series Trajectories and Origins (TeO): survey on the diversity of populations in France]." *Documents de travail* **190**: 1-50.
- Hanefeld, J., J. Vearey, N. Lunt, M. Researchers on Migration and G. Health (2017). "A global research agenda on migration, mobility, and health." *Lancet* **389**(10087): 2358-2359.
- HAS (2017). Interprétariat dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Saint Denis, Haute Autorité de Santé: 55.
- HAS (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Saint Denis, Haute Autorité de Santé: 70.
- Helfer, C. (2014). "Permanences d'accès aux soins de santé: le bouclier social de l'hôpital." *Actualités sociales Hebdomadaires*(2851): 32-35.
- Hu, S. W., H. R. Lai and P. H. Liao (2004). "Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward hepatitis B virus-, hepatitis C virus-, and HIV-infected patients in Taiwan." *AIDS Patient Care STDS* **18**(10): 587-593.
- Hughes, A. J., C. L. Mattson, S. Scheer, L. Beer and J. Skarbinski (2014). "Discontinuation of antiretroviral therapy among adults receiving HIV care in the United States." *J Acquir Immune Defic Syndr* **66**(1): 80-89.
- Ichou, M. and A. Goujon (2017). "Le niveau d'instruction des immigrés varié et souvent plus élevé que dans les pays d'origine." *Population et Sociétés* **541**: 4.
- Insee (2012). Immigrés et descendants d'immigrés en France, édition 2012
- Insee. (2018). "Etrangers - Immigrés." *Insee références* Retrieved 01/05/2018, 2018, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303358?sommaire=3353488>.
- Institut de Veille Sanitaire (2013). Surveillance nationale de l'hépatite B chronique à partir des pôles de référence et réseaux hépatites volontaires. Données épidémiologiques 2008-2011. , InVS.
- Izambert, C. (2014). "Sida et immigration: quelles luttes pour quels droits?" *La Vie des idées*.
- Izambert, C. (2016). Logique de tri et discriminations à l'hôpital public. Vers une nouvelle morale hospitalière. *Quand la santé décuple les inégalités*. Marseille, Editions Agone.

- Jarrin, I., N. Pantazis, M. J. Gill, R. Geskus, S. Perez-Hoyos, L. Meyer, M. Prins, G. Touloumi, A. Johnson, O. Hamouda, P. G. de Olalla, K. Porter, J. del Amo and C. C. i. EuroCoord (2012). "Uptake of combination antiretroviral therapy and HIV disease progression according to geographical origin in seroconverters in Europe, Canada, and Australia." *Clin Infect Dis* **54**(1): 111-118.
- Jenness, S. M., J. E. Myers, A. Neaigus, J. Lulek, M. Navejas and S. Raj-Singh (2012). "Delayed entry into HIV medical care after HIV diagnosis: risk factors and research methods." *AIDS Care* **24**(10): 1240-1248.
- Jensen, N. K., M. Norredam, T. Draebel, M. Bogic, S. Priebe and A. Krasnik (2011). "Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?" *BMC Health Serv Res* **11**: 154.
- Jusot, F. and A. Pierre (2015). "How Will Employer-Mandated Complementary Health Insurance Impact Insurance Coverage in France? A simulation based on the 2012 Health, Health Care and Insurance survey (ESPS)." *Questions d'économie de la santé* **209**: 1-8.
- Jusot, F., J. Silva, P. Dourgnon and C. Sermet (2008). "Etat de santé des populations immigrées en France [Health of immigrant populations in France]." *Document de travail* **14**: 1-22.
- Jusot, F., J. Silva, P. Dourgnon and C. Sermet (2009). "Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration. [Health inequalities related to immigration in France. Effect of living conditions or selection on migration]." *Revue économique* **60**(2): 385-411.
- Kambia-Chopin, B., M. Perronnin, A. Pierre and T. Rochereau (2008). "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire." *Questions d'économie de la santé* **132**.
- Keiser, O., B. Spycher, A. Rauch, A. Calmy, M. Cavassini, T. R. Glass, D. Nicca, B. Ledergerber, M. Egger and H. I. V. C. S. Swiss (2012). "Outcomes of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study: latent class analysis." *AIDS Behav* **16**(2): 245-255.
- Kesselring, A. M., L. Gras, F. W. Wit, C. Smit, S. E. Geerlings, J. W. Mulder, G. Schreij, H. G. Sprenger, P. Reiss and F. de Wolf (2010). "Immune restoration and onset of new AIDS-defining events with combination antiretroviral therapy in HIV type-1-infected immigrants in the Netherlands." *Antivir Ther* **15**(6): 871-879.
- Khlat, M. (2012). "Santé et recours aux soins des migrants en France." *Bull Epidémiol Hebd* **2-3-4**: 13-14.
- Kim, J., T. H. Kim, E. C. Park and W. H. Cho (2015). "Factors influencing unmet need for health care services in Korea." *Asia Pac J Public Health* **27**(2): NP2555-2569.
- Kraft, A. D., S. A. Quimbo, O. Solon, R. Shimkhada, J. Florentino and J. W. Peabody (2009). "The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays." *J Pediatr* **155**(2): 281-285 e281.
- L'Hénaff, M., A. Blanc, A. Cabié, M. Celse, J.-M. Delile, N. Derche, C. Fessard, F. Ganon-Lecomte, C. Le Gouéz, F. Le Marec, G. Martinho, C. Mathias, H. Narboni, R. Nguyen, M.-D. Pauti, P. Revault, G. Rincon Murillo, L. Thevenin, A. Touiller and N. Vignier (2017). Accès aux soins et qualité de vie. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris, Conseil national du sida et des hépatites virales & ANRS: 74.
- Lang, T. (2009). Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité., Haut Conseil de la Santé publique.
- Lanoy, E., M. Mary-Krause, P. Tattevin, I. Perbost, I. Poizot-Martin, C. Dupont, D. Costagliola and A. C. F. H. D. o. H. C. E. Group (2007). "Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France." *Antivir Ther* **12**(1): 89-96.
- Lanzarini, C. (2003). "Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale." *Cahiers du Genre* **35**(2): 95.
- Lapostolle, A., V. Massari and P. Chauvin (2011). "Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France." *AIDS Care* **23**(9): 1117-1127.
- Larsen, C., F. Limousi, D. Rahib, F. Barin, S. Chevaliez, G. Peytavin, R. Mbirindi and N. Lydie (2017). "Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants [HIV and HBV infections among Afro-Caribbeans living in the greater Paris area: high prevalence and very poor screening]." *Bull Epidémiol Hebd* **29-30**: 609-616.
- Larsen, C., C. Pioche, C. Brouard, S. Chevaliez, P. Couzigou, E. Delarocque-Astagneau, F. Denis, O. Gorja, D. Guyader, P. Hillon, P. Marcellin, D. Roulot, F. Roudot-Thoraval, C. Silvain, J. P. Zarski, C. Semaille and I. g. d. r. e. l. d. virologie (2010). "Hépatite B prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008: premiers résultats." *Bull Epidémiol Hebd* **1**: 1-5.

- Le Défenseur des droits (2014). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la Cmu-C, de l'AcS et de l'Ame. Rapport au premier ministre. [Refusals of care opposed to the beneficiaries of the Cmu-C, the AcS and the SMA. Report to the Prime Minister.]. Paris, Le Défenseur des droits.
- Le Défenseur des droits (2016). Les droits fondamentaux des étrangers en France. [The fundamental rights of foreigners in France]. Paris, Le Défenseur des droits: 57.
- Le Défenseur des droits (2017). Relations des usagères et usagers avec les services publics: le risque de non recours. Enquête sur l'accès aux droits. Volume 2., Le Défenseur des droits.
- Le Goff, J.-M. and Y. Forney (2013). "Analyse des événements d'histoire de vie. Estimation de modèles logistiques à temps discret." Cahiers de recherche et de méthodes, **3**.
- Le Vu, S., Y. Le Strat, F. Barin, J. Pillonel, F. Cazein, V. Bousquet, S. Brunet, D. Thierry, C. Semaille, L. Meyer and J. C. Desenclos (2010). "Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis." Lancet Infect Dis **10**(10): 682-687.
- Legros, M. (2014). Santé et accès aux soins: Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins., Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.
- Lert, F., M. Annequin, L. Tron, C. Aubriere, C. Hamelin, B. Spire, R. Dray Spira and Groupe ANRS-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." Bull Epidémiol Hebd **26-27**: 293-299.
- Lessault, D. and C. Beauchemin (2009). "Ni invasion, ni exode. Regards statistiques sur les migrations d'Afrique subsaharienne." Revue européenne des migrations internationales **25**(1): 163-194.
- Lessault, D. and B. C. (2009). "Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe: un essor encore limité." Population et Sociétés **452**: 1-4.
- Levesque, J. F., M. F. Harris and G. Russell (2013). "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." Int J Equity Health **12**: 18.
- Levesque, J. F., R. Pineault, M. Hamel, D. Roberge, C. Kapetanakis, B. Simard and A. Prud'homme (2012). "Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province." BMC Fam Pract **13**: 66.
- Levesque, J. F., R. Pineault, M. Robert, D. Hamel, D. Roberge, C. Kapetanakis, B. Simard and A. Laugraud (2008). Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary care services? Montreal, Gouvernement du Quebec, .
- Lillie-Blanton, M. and C. Hoffman (2005). "The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care." Health Aff (Millwood) **24**(2): 398-408.
- Limousi, F., F. Lert, A. Desgrees du Lou, R. Dray-Spira, N. Lydie and P. S. Group (2017). "Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems." PLoS One **12**(12): e0188751.
- Litaker, D., S. M. Koroukian and T. E. Love (2005). "Context and healthcare access: looking beyond the individual." Med Care **43**(6): 531-540.
- Lot, F., D. Antoine, C. Pioche, C. Larsen, F. Cazein and C. Semaille (2012). "Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France: le VIH, la tuberculose et l'hépatite B." Bull Epidémiol Hebd(17): 25-30.
- Lot, F., J. Pillonel, R. Pinget, F. Cazein, P. Bernillon, M. Leclerc, L. Benyelles, C. Da Costa and C. Semaille (2011). "AIDS indicative diseases, France, 2003-2010." Bull Epidémiol Hebd: 454-458.
- Lydie, N. (2007). Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Etudes Santé. Saint Denis, Santé Publique France: 160.
- Mackenbach, J. P., I. Stirbu, A. J. Roskam, M. M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A. E. Kunst and H. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in (2008). "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries." N Engl J Med **358**(23): 2468-2481.
- Magalhaes, L., C. Carrasco and D. Gastaldo (2010). "Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions." J Immigr Minor Health **12**(1): 132-151.
- Magnani, R., K. Sabin, T. Saidel and D. Heckathorn (2005). "Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance." AIDS **19 Suppl 2**: S67-72.
- Maille, D. (2017). Pour en finir avec la vocable PUMa et CMU pour désigner des droits/prestations/dispositifs !, Comede.
- Maresca, B. and S. Helmi (2014). "Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé." Cahier de recherche du CREDOC.

- Marmot, M., S. Friel, R. Bell, T. A. Houweling, S. Taylor and H. Commission on Social Determinants of (2008). "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health." *Lancet* **372**(9650): 1661-1669.
- Marshall, E. G. (2011). "Do young adults have unmet healthcare needs?" *J Adolesc Health* **49**(5): 490-497.
- Marshall, E. G., S. T. Wong, J. L. Haggerty and J. F. Levesque (2010). "Perceptions of unmet healthcare needs: what do Punjabi and Chinese-speaking immigrants think? A qualitative study." *BMC Health Serv Res* **10**: 46.
- Marsicano, E., R. Dray-Spira, F. Lert, C. Aubriere, B. Spire, C. Hamelin and A. N.-V. s. group (2014). "Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study." *AIDS Care* **26 Suppl 1**: S97-S106.
- Martinson, F. E., K. A. Weigle, R. A. Royce, D. J. Weber, C. M. Suchindran and S. M. Lemon (1998). "Risk factors for horizontal transmission of hepatitis B virus in a rural district in Ghana." *Am J Epidemiol* **147**(5): 478-487.
- Maruthappu, M., J. Watkins, A. M. Noor, C. Williams, R. Ali, R. Sullivan, T. Zeltner and R. Atun (2016). "Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis." *Lancet*.
- McCann, T. V. (1999). "Reluctance amongst nurses and doctors to care for and treat patients with HIV/AIDS." *AIDS Care* **11**(3): 355-359.
- McGrane, J. A., P. N. Butow, M. Sze, M. Eisenbruch, D. Goldstein and M. T. King (2014). "Assessing the invariance of a culturally competent multi-lingual unmet needs survey for immigrant and Australian-born cancer patients: a Rasch analysis." *Qual Life Res* **23**(10): 2819-2830.
- McManus, K. A., A. Rhodes, S. Bailey, L. Yerkes, C. L. Engelhard, K. S. Ingersoll, G. J. Stukenborg and R. Dillingham (2016). "Affordable Care Act Qualified Health Plan Coverage: Association With Improved HIV Viral Suppression for AIDS Drug Assistance Program Clients in a Medicaid Nonexpansion State." *Clin Infect Dis* **63**(3): 396-403.
- Mechali, D. and O. Bouchaud (2008). "[Should there be a specific management for HIV infected-immigrants in France?]." *Med Mal Infect* **38**(8): 438-442.
- Médecins du Monde, N. Simmonot and N. Drouot (2006). « Je ne m'occupe pas de ces patients. », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale État dans dix villes de France. Paris, Médecins du Monde: 42.
- Meffre, C., Y. Le Strat, E. Delarocque-Astagneau, D. Antona and J. C. Desenclos (2007). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Prevalence of hepatitis B and C in France in 2004]. Maison Alfort, Institut de veille sanitaire: 114p.
- Mielck, A., R. Kiess, O. von dem Knesebeck, I. Stirbu and A. E. Kunst (2009). "Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries - analyses based on survey data from the SHARE-study." *BMC Health Serv Res* **9**: 52.
- Migrants Working Group on behalf of, C. i. E. (2015). "Mortality in migrants living with HIV in western Europe (1997-2013): a collaborative cohort study." *Lancet HIV* **2**(12): e540-549.
- Mizrahi, A. and A. Mizrahi (2008). "Morbidity et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger." *Journal d'Economie Médicale* **26**(3): 159-176.
- Mocroft, A., J. D. Lundgren, M. L. Sabin, A. Monforte, N. Brockmeyer, J. Casabona, A. Castagna, D. Costagliola, F. Dabis, S. De Wit, G. Fatkenheuer, H. Furrer, A. M. Johnson, M. K. Lazanas, C. Leport, S. Moreno, N. Obel, F. A. Post, J. Reekie, P. Reiss, C. Sabin, A. Skaletz-Rorowski, I. Suarez-Lozano, C. Torti, J. Warszawski, R. Zangerle, C. Fabre-Colin, J. Kjaer, G. Chene, J. Grarup, O. Kirk and H. I. V. E. R. E. s. i. E. Collaboration of Observational (2013). "Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE)." *PLoS Med* **10**(9): e1001510.
- Moisy, M. (2014). "État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA." *Etudes et résultats* **882**: 1-6.
- Monge, S., B. Alejos, F. Dronda, J. Del Romero, J. A. Iribarren, F. Pulido, R. Rubio, J. M. Miro, F. Gutierrez, J. Del Amo and CoRis (2013). "Inequalities in HIV disease management and progression in migrants from Latin America and sub-Saharan Africa living in Spain." *HIV Med* **14**(5): 273-283.
- Monnier Boucard, N. (2018). Les difficultés d'accès aux droits des étrangers en France comme obstacles à leur accès aux soins. Mémoire pour le DIU Santé des Migrants de l'Université Paris 13.: 24.

- Montlahuc, C., M. Guiguet, S. Abgrall, V. Daneluzzi, F. de Salvador, O. Launay, V. Martinez, M. Partisani, C. Pradier, E. Rouveix, N. Valin, S. Grabar, D. Costagliola and A. C. O. c. French Hospital Database (2013). "Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009)." *J Acquir Immune Defic Syndr* **64**(2): 197-203.
- Mugavero, M. J., H. Y. Lin, J. H. Willig, A. O. Westfall, K. B. Ulett, J. S. Routman, S. Abroms, J. L. Raper, M. S. Saag and J. J. Allison (2009). "Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment." *Clin Infect Dis* **48**(2): 248-256.
- Nay, O., S. Bejean, D. Benamouzig, H. Bergeron, P. Castel and B. Ventelou (2016). "Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities." *Lancet* **387**(10034): 2236-2249.
- Nostlinger, C., D. Rojas Castro, T. Platteau, S. Dias and J. Le Gall (2014). "HIV-Related discrimination in European health care settings." *AIDS Patient Care STDS* **28**(3): 155-161.
- ODSE (2018). *Projet de loi collomb sur l'asile et l'immigration: l'odse dénonce des atteintes supplémentaires à la santé des personnes étrangères*, Observatoire du droit à la santé des étrangers: 6.
- ONPES (2014). *Le rapport de l'ONPES 2013-2014. Les effets d'une crise économique de longue durée.*, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.
- Pagan, J. A. and M. V. Pauly (2006). "Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults." *Health Serv Res* **41**(3 Pt 1): 788-803.
- Pannetier, J., V. Gigonzac, N. Lydie, A. Desgrees du Lou and R. Dray Spira (2017). "Timing of chronic hepatitis B diagnosis after migration and its determinants among Sub-Saharan African migrants living in France." *PLoS One* **12**(12): e0189196.
- Pannetier, J., F. Lert, M. Jauffret Roustide and A. D. du Lou (2017). "Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties." *SSM Popul Health* **3**: 549-557.
- Pannetier, J., A. Ravalihasy, N. Lydie, F. Lert, A. Desgrees du Lou and g. Parcours study (2018). "Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study." *Lancet Public Health* **3**(1): e16-e23.
- Pappa, E., N. Kontodimopoulos, A. Papadopoulos, Y. Tountas and D. Niakas (2013). "Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population." *Int J Environ Res Public Health* **10**(5): 2017-2027.
- Parizot, I., S. Péchoux, F. Bazin and P. Chauvin (2004). *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la ville du 20e arrondissement de Paris. Rapport pour la Mission Ville de la préfecture de Paris.*, Inserm U444.
- Penchansky, R. and J. W. Thomas (1981). "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction." *Med Care* **19**(2): 127-140.
- Perelman, J., R. Rosado, A. Ferro and P. Aguiar (2018). "Linkage to HIV care and its determinants in the late HAART era: a systematic review and meta-analysis." *AIDS Care* **30**(6): 672-687.
- Perrin-Haynes, J. (2008). "L'activité des immigrés en 2007 [The activity of immigrants in 2007 in France]." *Insee Première*(1212): 4.
- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2007). *Access to health care for undocumented migrants in Europe, PICUM.*
- Pollack, H., S. Wang, L. Wyatt, C. H. Peng, K. Wan, C. Trinh-Shevrin, K. Chun, T. Tsang and S. Kwon (2011). "A comprehensive screening and treatment model for reducing disparities in hepatitis B." *Health Aff (Millwood)* **30**(10): 1974-1983.
- Popovic, N., Z. Terzic-Supic, S. Simic and B. Mladenovic (2017). "Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data." *PLoS One* **12**(11): e0187866.
- Pourette, D. (2013). "[Chronic hepatitis B and HIV care: the key role of the doctor-patient relationship]." *Sante Publique* **25**(5): 561-570.
- Protopopescu, C., F. Raffi, B. Spire, L. Hardel, C. Michelet, C. Cheneau, V. Le Moing, C. Leport, M. P. Carrieri and A. C. A.-C. S. Group (2015). "Twelve-year mortality in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy: the role of social vulnerability. The ANRS CO8 APROCO-COPILOTE cohort." *Antivir Ther* **20**(7): 763-772.
- Ravalihasy, A., F. Lert and N. Vignier (2017). *Santé, besoins de prévention et de soins. Parcours. Parcours de vie et santé chez les immigrés subsahariens vivant en Ile de France. L. découverte. Paris, La découverte: 273-294.*

- Rechel, B., P. Mladovsky, D. Ingleby, J. P. Mackenbach and M. McKee (2013). "Migration and health in an increasingly diverse Europe." Lancet **381**(9873): 1235-1245.
- Reeves, A., M. McKee and D. Stuckler (2015). "The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs." Eur J Public Health **25**(3): 364-365.
- Renahy, e., J. Vallée, I. Parizot and P. Chauvin (2012). Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS. [Unmet healthcare needs for financial reasons in the Paris urban area. Social determinants and evolution between 2005 and 2010 in the SIRS cohort.]. Le renoncement aux soins. Actes du colloque. [Unmet healthcare needs. Proceedings of the conference.]. Paris, Drees: 41-66.
- Rondet, C., A. Lapostolle, M. Soler, F. Grillo, I. Parizot and P. Chauvin (2014). "Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010." PLoS One **9**(1): e87046.
- Ronksley, P. E., C. Sanmartin, H. Quan, P. Ravani, M. Tonelli, B. Manns and B. R. Hemmelgarn (2012). "Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs." Open Med **6**(2): e48-58.
- Rottger, J., M. Blumel, J. Koppen and R. Busse (2016). "Forgone care among chronically ill patients in Germany-Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals." Health Policy **120**(2): 170-178.
- Russo, G., S. Vita, A. Miglietta, N. Terrazzini, A. Sannella and V. Vullo (2016). "Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre." J Public Health (Oxf) **38**(2): 212-222.
- Samet, J. H., K. A. Freedberg, M. D. Stein, R. Lewis, J. Savetsky, L. Sullivan, S. M. Levenson and R. Hingson (1998). "Trillion virion delay: time from testing positive for HIV to presentation for primary care." Arch Intern Med **158**(7): 734-740.
- Sanmartin, C. and N. Ross (2006). "Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region." Healthc Policy **1**(2): 103-119.
- Santilli, C. (2018). "Medical Care, Screening and Regularization of Sub-Saharan Irregular Migrants Affected by Hepatitis B in France and Italy." J Immigr Minor Health **20**(3): 668-673.
- Scheppers, E., E. van Dongen, J. Dekker, J. Geertzen and J. Dekker (2006). "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review." Fam Pract **23**(3): 325-348.
- Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M. M. Doty, R. Pierson and S. Applebaum (2010). "How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries." Health Aff (Millwood) **29**(12): 2323-2334.
- Schuster, M. A., R. Collins, W. E. Cunningham, S. C. Morton, S. Zierler, M. Wong, W. Tu and D. E. Kanouse (2005). "Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care." J Gen Intern Med **20**(9): 807-813.
- Sellier, P., P. Clevenbergh, L. Ljubicic, G. Simoneau, J. Evans, V. Delcey, M. Diemer, M. Bendenoun, S. Mouly and J. F. Bergmann (2006). "Comparative evaluation of adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan African native HIV-infected patients in France and Africa." Clin Infect Dis **43**(5): 654-657.
- Seng, R., M. Ghislain, P. M. Girard, L. Cotte, A. Meybeck, F. Raffi, S. Abgrall, Y. Yazdanpanah, C. Goujard, R. Dray-Spira and L. Meyer (2017). "Sub-Saharan African migrants have slower initial CD4+ cell recovery after combined antiretroviral treatment initiation than French natives." AIDS **31**(9): 1323-1332.
- Shi, L. and G. D. Stevens (2005). "Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors." J Gen Intern Med **20**(2): 148-154.
- Sibley, L. M. and R. H. Glazier (2009). "Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison." Healthc Policy **5**(1): 87-101.
- Silué, Y., I. Mouchetrou Njoya and A. Lepoutre (2017). "Surveillance des infections à VIH en Ile-de-France [Surveillance of HIV infections in Ile-de-France.]." Bulletin Cire - ORS - Ile-de-France(1): 2-6.
- Simon, J., N. Kiss, A. Laszewska and S. Mayer (2015). Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region. Copenhagen.

- Skarbinski, J., E. Rosenberg, G. Paz-Bailey, H. I. Hall, C. E. Rose, A. H. Viall, J. L. Fagan, A. Lansky and J. H. Mermin (2015). "Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States." *JAMA Intern Med.*
- Sobrinho-Vegas, P., S. Moreno, R. Rubio, P. Viciano, J. I. Bernardino, J. R. Blanco, E. Bernal, V. Asensi, F. Pulido, J. del Amo, V. Hernando and S. Cohorte de la Red de Investigacion en Sida (2016). "Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid- and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004-2013." *J Infect* **72**(5): 587-596.
- Socias, M. E., M. Koehoorn and J. Shoveller (2016). "Gender Inequalities in Access to Health Care among Adults Living in British Columbia, Canada." *Womens Health Issues* **26**(1): 74-79.
- Socio-economic, I., H. I. V. W. G. f. C. o. O. H. E. R. i. E. i. EuroCoord, S. Lodi, R. Dray-Spira, G. Touloumi, D. Braun, R. Teira, A. D'Arminio Monforte, A. Gallois, R. Zangerle, B. Spire, F. Dabis, C. Stahelin, M. Termote, O. Kirk, G. Chene, M. Egger and J. del Amo (2014). "Delayed HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy: inequalities by educational level, COHERE in EuroCoord." *AIDS* **28**(15): 2297-2306.
- Sommers, B. D., M. Z. Gunja, K. Finegold and T. Musco (2015). "Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act." *JAMA* **314**(4): 366-374.
- SPF (2016). *Les découvertes de séropositivité chez les migrants en France*. Saint Maurice, Santé Publique France.
- Supervie, V., L. Marty, J. M. Lacombe, R. Dray-Spira, D. Costagliola and F.-A. C. s. group (2016). "Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic: Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression." *J Acquir Immune Defic Syndr* **73**(3): 348-355.
- Supervie, V., J. D. Ndawinz, S. Lodi and D. Costagliola (2014). "The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies." *AIDS* **28**(12): 1797-1804.
- Taerk, G., R. M. Gallop, W. J. Lancee, R. A. Coates and M. Fanning (1993). "Recurrent themes of concern in groups for health care professionals." *AIDS Care* **5**(2): 215-222.
- Tardieu, M. (2006). *Les Africains en France: de 1914 à nos jours*. Monaco, Editions du Rocher.
- UN (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. New York.
- UN (2016). *International migration report 2015*. New York, United Nations, Departement of Economic and Asocial Affairs, Population Division.
- United Nations Development Programme (2004). *Reducing disaster risk: a challenge for development. A Global Report*. New York, UNDP-Bureau for Crisis Prevention and Recovery.
- van Doorslaer, E., C. Masseria and X. Koolman (2006). *Inequalities in access to medical care by income in developed countries.*, OECD.
- Vanhoutte, B. and J. Nazroo (2016). "Life-history data." *Public Health Res Pract* **26**(3).
- Vazquez, M. L., I. Vargas, D. L. Jaramillo, V. Porthé, L. A. Lopez-Fernandez, H. Vargas, L. Bosch, S. S. Hernandez and A. R. Azarola (2016). "Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia." *Health Policy* **120**(4): 396-405.
- Vedio, A. B., H. Ellam, F. Rayner, B. Stone, G. Kudesia, M. W. McKendrick and S. T. Green (2013). "Hepatitis B: report of prevalence and access to healthcare among Chinese residents in Sheffield UK." *J Infect Public Health* **6**(6): 448-455.
- Velissaropoulos, A., N. Drouot and N. Simonnot (2006). « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France. Paris, Médecins du Monde.
- Vignier, N., A. Desgrées du Lou, J. Pannetier, A. Ravalihasy, O. Bouchaud, R. Dray Spira and Groupe ANRS-Parcours (2016). *Renoncement aux soins des personnes vivant avec le VIH ou le VHB originaires d'Afrique subsaharienne. Résultats de l'enquête ANRS-Parcours*. *Congrès de la SFLS*. Montpellier.
- Vignier, N., A. Desgrées du Lou, J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, F. Lert, N. Lydie, O. Bouchaud, R. Dray Spira and P. S. Group (2018). "Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France: Results of the ANRS-PARCOURS study." *PLoS One* **13**(2): e0192916.
- Vignier, N., R. Dray Spira, O. Bouchaud, A. Desgrées du Lou and P. Chauvin (2018). "Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France." *Lancet Public Health* **3**(1): e12.
- Vignier, N., R. Dray Spira, J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, F. Lert, N. Lydie, O. Bouchaud, A. Desgrées du Lou, P. Chauvin and PARCOURS Study Group (2018). "Refusal to provide healthcare to

- sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status." European Journal of Public Health(cky118).
- Vignier, N., A. Gosselin, R. Dray Spira, J. Pannetier, A. Ravalihasy, F. Lert, N. Lydie, O. Bouchaud, A. Desgrées du Louï, P. Chauvin and PARCOURS Study Group (2018). Recours au titre de séjour pour raison de santé des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France en fonction de leur statut vis à vis du VIH et de l'hépatite B. 9ème Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH. Bordeaux.
- Vignier, N., C. Jestin and P. Arwidson (2009). "Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative." Bull Epidemiol Hebd **20-21**: 212.
- Wada, K., D. R. Smith and T. Ishimaru (2016). "Reluctance to care for patients with HIV or hepatitis B / C in Japan." BMC Pregnancy Childbirth **16**: 31.
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2000). Equity in Health Care Finance and Delivery. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), Elsevier. Amsterdam: 1803-1862.
- Warin, P., C. Chauveaud, A. Rode, C. Chatain, S. Gutton, E. Labbe, J.-J. Moulin and C. Sass (2008). Le non-recours aux soins des actifs précaires, Odenore, Cetaf.
- Weissman, J. S., R. Stern, S. L. Fielding and A. M. Epstein (1991). "Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences." Ann Intern Med **114**(4): 325-331.
- Whitehead, M. and G. Dahlgren (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up  
part 1. Copenhagen, University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
- WHO (2008). Resolution 61.17: health of migrants. Geneva, World Health Assembly.
- WHO (2012). Global health and foreign policy.
- WHO (2014). "Hepatitis B." Fact sheet **204**.
- Wilkinson, R. G. and M. G. Marmot (2003). Social determinants of health: the solid facts., World Health Organization.
- Winters, M., B. Rechel, L. de Jong and M. Pavlova (2018). "A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe." BMC Health Serv Res **18**(1): 30.
- Woodward, A., N. Howard and I. Wolffers (2014). "Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review." Health Policy Plan **29**(7): 818-830.
- Wu, Z., M. J. Penning and C. M. Schimmele (2005). "Immigrant status and unmet health care needs." Can J Public Health **96**(5): 369-373.
- Xu, J. J., C. Tien, M. Chang, J. Rhee, A. Tien, H. S. Bae, F. C. Ho, L. S. Chan and T. L. Fong (2013). "Demographic and serological characteristics of Asian Americans with hepatitis B infection diagnosed at community screenings." J Viral Hepat **20**(8): 575-581.
- Zimmerman, C., L. Kiss and M. Hossain (2011). "Migration and health: a framework for 21st century policy-making." PLoS Med **8**(5): e1001034.
- Zou, G. (2004). "A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data." Am J Epidemiol **159**(7): 702-706.



## **ANNEXES**

**Annexe 1 – Article Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire**

**Annexe 2 – Article Santé Publique**

**Annexe 3 – Correspondance Lancet Public Health**

[35] Kielland KB, Skaug K, Amundsen EJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: a controlled study. *J Hepatol*. 2013;58(1):31-7.

[36] Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*. 2014;28(12):1797-804.

[37] Yazdanpanah Y, Champenois K. Assessing characteristics of hidden epidemics to design the most efficient HIV testing strategies. *AIDS*. 2014;28(12):1831-3.

[38] Albers C, Qamar AA, Tellier MA, Gordon F. Hepatitis C screening rates at a single center after the release of a CDC Recommendations to screen all adults born between 1945 and 1965. *Hepatology*. 2013;58(S1):917A.

[39] Geboy A, Mahajan S, Fleming I, Daly A, Sewell C, Cole C. Hepatitis C virus birth cohort testing and linkage to care (HepTLC) in a large Washington DC medical center. *Hepatology*. 2013;58(S1):1290A.

[40] Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, et al. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France: evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(4):e114-7.

[41] Backus LI, Belperio PS, Loomis TP, Mole LA. Impact of race/ethnicity and gender on HCV screening and prevalence among U.S. veterans in Department of Veterans Affairs Care. *Am J Public Health*. 2014;104(Suppl 4):S555-61.

#### Citer cet article

Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J. Estimation du nombre de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en France en 2014. Implications pour des recommandations de dépistage élargi. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(19-20):329-39. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015\\_19-20\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_1.html)

## ARTICLE // Article

### 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

// CHARACTERISTICS OF PEOPLE FROM SUB-SAHARAN AFRICA FOLLOWED UP FOR CHRONIC HEPATITIS B IN THE GREATER PARIS AREA IN 2012-2013. DATA FROM THE ANRS-PARCOURS SURVEY

Rosemary Dray-Spira<sup>1,2</sup> ([rosemary.dray-spira@inserm.fr](mailto:rosemary.dray-spira@inserm.fr)), Virginie Gigonzac<sup>1,2</sup>, Nicolas Vignier<sup>1,2</sup>, Julie Pannetier<sup>3</sup>, Philippe Sogni<sup>4</sup>, France Lert<sup>5</sup>, Nathalie Bajos<sup>5</sup>, Nathalie Lydié<sup>6</sup>, Annabel Desgrées du Loû<sup>3</sup> et le Groupe ANRS-Parcours\*

<sup>1</sup> Inserm, UMR\_S 1136, Paris, France

<sup>2</sup> Sorbonne Universités, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), UMR\_S 1136, Paris, France

<sup>3</sup> Cepad, UMR Ined-IRD-Université Paris Descartes, Paris, France

<sup>4</sup> Université Paris-Descartes et Inserm, U 1016-Institut Cochin ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Service d'hépatologie, Hôpital Cochin, Paris, France

<sup>5</sup> Inserm, U 1018-CESP, Villejuif, France

<sup>6</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

\*Composition du groupe en fin d'article.

Soumis le 28.01.2015 // Date of submission: 01.28.2015

#### Résumé // Abstract

En France, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchés par l'hépatite B chronique. Cependant, les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique ne sont pas bien connues. Cet article décrit les caractéristiques des personnes originaires de cette région suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours, menée en 2012-2013 auprès d'un échantillon aléatoire de 778 consultants dans 20 structures de soins.

Les résultats indiquent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique constituent une population relativement jeune (âge médian : 39 ans), installée en France de façon durable (depuis 10 ans en médiane). Les situations de précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes (12,1% de personnes sans logement stable, 32,1% sans emploi, 25,8% sans couverture santé ou couvertes par l'aide médicale d'État), tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Le maintien du secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage est fréquent, en particulier chez les hommes (23,9%). Le diagnostic d'hépatite B chronique n'a été établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas, après un délai de 3 ans en médiane et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes, parmi lesquels le diagnostic survient dans un délai plus long après

l'arrivée en France et plus souvent lors d'une phase active de la maladie. Les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins.

Ces résultats fournissent des informations utiles pour contribuer à améliorer le dépistage, la prévention de la transmission et la prise en charge de l'hépatite B parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

*In France, migrants from Sub-Saharan Africa are particularly affected by chronic hepatitis B. However, characteristics of people originating from sub-Saharan Africa with chronic hepatitis B and their socio-demographic, epidemiological and clinical specificities are poorly described. This article describes the characteristics of people originating from Sub-Saharan Africa who are followed for chronic hepatitis B in the greater Paris area, using data of the ANRS-PARCOURS survey conducted in 2012-2013 among a random sample of 778 outpatients in 20 healthcare settings.*

*Our findings suggest that Sub-Saharan Africans followed for chronic hepatitis B constitute a relatively young population (median age: 39 years), sustainably settled in France (since 10 years in median). Precarious social and/or administrative situations are common (12.1% without a stable accommodation, 32.1% without employment, 25.8% without health coverage or covered by the state medical aid (AME), a public scheme for coverage of the medical expenses of undocumented migrants), especially among women and people followed outside reference centers in hepatology. Non-disclosure of HBV status is frequent, especially in men (23.9%). In most cases, chronic hepatitis B was diagnosed after arrival in France, after a delay of 3 years in median and in various circumstances. While routine screening is predominant among women, among men only less than one third have been diagnosed following a systematic check-up. Compared to women, diagnosis occurred within a longer time from arrival in France and more frequently during an active phase of the disease among men. Characteristics of chronic hepatitis B and its management do not differ according to whether people are followed in reference centers in hepatology or in other healthcare settings.*

*The information provided will be useful to improve chronic hepatitis B screening, prevention and care management among people originating from Sub-Saharan Africa.*

---

**Mots-clés :** Hépatite B chronique, Migrants d'Afrique subsaharienne, Caractéristiques socioéconomiques, Diagnostic, Prise en charge, Atteinte hépatique

**// Keywords:** Chronic hepatitis B, Sub-Saharan African migrants, Socioeconomic factors, Diagnosis, Healthcare, Liver damage

---

## Introduction

L'Afrique subsaharienne est une zone de forte endémicité pour l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). De ce fait, les personnes nées dans un pays de cette région du monde contractent fréquemment le virus par voie périnatale ou au cours de leurs premières années de vie, ce qui les expose à un risque élevé de passage à la forme chronique de l'infection<sup>1</sup>. En France, une enquête menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2004 a estimé que la prévalence du portage chronique de l'antigène HBs (AgHBs) parmi ces personnes atteignait 5,3%, contre 0,6% au sein de la population générale née en France métropolitaine<sup>2</sup>. Cette prévalence atteint même des niveaux plus élevés, de 7 à 15%, parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en situation de précarité<sup>3-5</sup>.

La part des migrants originaires d'Afrique subsaharienne parmi les personnes porteuses d'une hépatite B chronique en France est particulièrement élevée<sup>6</sup>. Les données du système national de surveillance mis en place par l'InVS montrent que, parmi les 3 672 patients nouvellement pris en charge pour cette pathologie dans un service expert en hépatologie entre 2008 et 2011, plus de quatre sur dix (41%) étaient nés dans un pays d'Afrique subsaharienne<sup>7</sup>. Les données de la surveillance nationale des donneurs de sang révèlent par ailleurs que

sur la période 2008-2010, parmi les donneurs de sang porteurs de l'AgHBs, plus des deux tiers (68%) étaient originaires d'une zone de forte endémie, principalement l'Afrique subsaharienne<sup>8</sup>.

En dépit de ces chiffres élevés, les caractéristiques des personnes d'origine subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique en France et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique sont mal connues. De telles informations sont pourtant importantes pour optimiser la prévention, le dépistage et la prise en charge de la maladie au sein de cette population. Cet article décrit les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge pour une hépatite B chronique en Île-de-France, à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours.

## Matériel et méthodes

### L'enquête ANRS-Parcours

L'enquête ANRS-Parcours<sup>9</sup> est une enquête transversale biographique conduite en 2012-2013 auprès de trois échantillons aléatoires de personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : un groupe constitué de personnes porteuses d'une hépatite B chronique, un autre constitué de personnes infectées par le VIH, et un troisième groupe comprenant

des personnes indemnes de ces deux pathologies. Cet article porte exclusivement sur le groupe de personnes porteuses d'une hépatite B chronique.

L'enquête a été effectuée au sein de 20 structures de soins, parmi un total de 26 qui avaient été préalablement identifiées en amont de l'enquête lors d'un recensement de toutes les structures publiques d'Île-de-France assurant une activité de suivi de l'hépatite B chronique et déclarant une moyenne d'au moins trois consultants originaires d'Afrique subsaharienne par jour<sup>9</sup> : les sept services hospitaliers experts en hépatologie, 10 des 16 services hospitaliers non services experts en hépatologie (les six autres ayant refusé de participer), les deux réseaux de santé ville-hôpital intervenant dans le domaine des hépatites et le Comité médical pour les exilés (Comede). Afin de constituer un échantillon (initialement fixé à 1 000 personnes) reflétant la part des différents types de structures de suivi de l'hépatite B chronique en Île-de-France, le nombre d'individus à inclure a été calculé pour chaque structure au *pro rata* de sa part estimée dans la file active totale de personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique dans la région. L'enquête, qui s'est déroulée entre le 30 janvier 2012 et le 31 mai 2013, était proposée dans chaque centre participant à toutes les personnes éligibles jusqu'à ce que ce nombre soit atteint ou, si ce n'était pas le cas, jusqu'à la date de clôture de l'enquête. Étaient éligibles tous les consultants nés et de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne à la naissance, âgés de 18 à 59 ans, avec un diagnostic d'hépatite B chronique (défini par la présence de l'AgHBs depuis au moins six mois) datant d'au moins trois mois et non co-infectés par le VIH. Tous les consultants éligibles étaient sollicités par leur médecin pour participer à l'enquête, sauf si celui-ci le jugeait inopportun en raison d'un problème de santé ou de difficultés d'ordre linguistique (malgré le fait que le questionnaire était disponible en français et en anglais, et que le recours sur rendez-vous à un service d'interprétariat était systématiquement proposé). En cas d'accord pour participer, un consentement écrit était recueilli par le médecin.

### Informations recueillies

Pour tous les participants, des informations détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire migratoire, les conditions de vie, les circonstances du diagnostic d'hépatite B chronique, l'état de santé général perçu, les comportements de santé (consommation d'alcool, indice de masse corporelle) et l'accès aux soins ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire biographique standardisé, administré en face-à-face par un enquêteur spécialisé. De plus, des informations sur les caractéristiques clinico-biologiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge au premier bilan connu (transaminases, ADN du VHB, antigène HBe (AgHBe)) et au moment de l'enquête (transaminases ALAT, ADN du VHB, évaluation de la fibrose hépatique, traitement), ainsi que sur les comorbidités chroniques (hépatite C, diabète, hypertension artérielle, pathologie

cardiovasculaire), ont été documentées à l'aide d'un questionnaire rempli par l'équipe soignante à partir du dossier médical. La date du premier bilan connu a été considérée comme celle de l'entrée dans le soin. Une atteinte hépatique grave a été définie par un score Métavir F3 ou F4, ou un résultat d'élastométrie >8,8 kPa, ou un diagnostic clinicomorphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

### Éthique

Les participants ont reçu une indemnisation de 15 euros sous forme de bon d'achat. Toutes les données ont été recueillies de façon anonyme. L'enquête a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

### Analyses statistiques

Nous décrivons les caractéristiques des participants suivis pour une hépatite B chronique, d'une part en termes de caractéristiques sociodémographiques et de conditions de vie, et d'autre part en termes d'état de santé : caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge, comorbidités, état de santé général et comportements de santé. Du fait des fortes différences sociodémographiques et épidémiologiques selon le sexe, ces caractéristiques sont décrites séparément pour les hommes et pour les femmes. De plus, dans un but de comparaison, les résultats sont également déclinés séparément selon le type de structure de soins (services experts en hépatologie *versus* autres types de structures), dans la mesure où les données de cadrage général (données du système de surveillance de l'InVS) portent uniquement sur les services experts en hépatologie. Les différences selon le sexe et le type de structure ont été testées par test du Chi<sup>2</sup> ou régression binomiale négative selon le type de variable considéré. Afin de tenir compte du plan de sondage, toutes les données présentées sont pondérées, c'est-à-dire qu'elles prennent en compte un coefficient de pondération correspondant à l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'échantillon.

### Résultats

Sur un total de 1 168 consultants éligibles, 25 n'ont pas été sollicités par leur médecin pour participer à l'enquête et 8 ont interrompu prématurément l'entretien à cause d'un problème de compréhension de la langue française. Parmi les 1 135 personnes sollicitées et en mesure de répondre, 778 ont accepté de participer (taux global de participation de 68,5%, variant de 42,2% à 90,7% selon les centres). Le taux de participation était plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes (69,2% vs 61,7% ; p=0,02) et parmi les personnes sans emploi comparativement à celles qui travaillaient (73,0% vs 64,8% ; p=0,03), mais ne différait ni selon l'âge ni selon le niveau des transaminases. Parmi les 778 participants inclus, un peu plus de la moitié (53,5%) étaient suivis dans un service

expert en hépatologie, 39,3% dans un autre service hospitalier, 4,7% au Comede et 2,5% dans un réseau de santé ville-hôpital.

### Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie (tableau 1)

Près des trois quarts des participants (72%) étaient des hommes. L'âge médian était d'un peu moins de 40 ans, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (39 ans vs 37 ans ;  $p=0,006$ ). La majorité (70,9%) avait fait des études secondaires ou supérieures, en proportion plus élevée chez les femmes que chez les hommes (78,9% vs 67,7% ;  $p<0,001$ ). Plus de 7 personnes sur 10 dans les deux sexes étaient originaires d'Afrique de l'Ouest – les pays d'origine les plus représentés étant le Mali (25,8%), la Côte d'Ivoire (15,8%) et le Sénégal (14,6%) – et environ 2 sur 10 étaient originaires d'Afrique centrale. Au moment de l'enquête, la durée médiane depuis l'arrivée en France était de 10 ans, sans différence significative entre les deux sexes. Alors que dans les deux sexes, plus des trois quarts des participants étaient arrivés en France pour des raisons familiales, professionnelles ou de formation, 16,4% étaient venus car ils étaient menacés dans leur pays et 6,2% pour des raisons médicales. Comparées aux personnes suivies pour leur hépatite B dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient arrivées en France plus récemment (9 ans vs 11 ans en médiane ;  $p=0,002$ ) et plus souvent en lien avec le fait qu'elles étaient menacées dans leur pays (22,1% vs 11,4% ;  $p=0,02$ ).

L'année de l'enquête, la majorité des participants avaient un logement personnel (55,4%) ou étaient hébergés par des particuliers (23,8%), mais plus d'une personne sur 10 (12,1%) n'avait pas de logement stable (catégorie incluant les personnes sans domicile fixe, celles vivant dans la rue, dans un squat ou à l'hôtel et celles hébergées par une association ou une structure d'hébergement). Un quart des hommes et la moitié des femmes n'avaient pas d'emploi ( $p<0,001$ ) ; 8% des hommes et 19,1% des femmes n'avaient aucune ressource en dehors d'éventuelles prestations sociales ( $p=0,002$ ). Près de 2 personnes sur 10 (18,8%) avaient la nationalité française, mais un quart (24,6%) n'avaient pas de titre de séjour régulier en France. La grande majorité (93,3%) était couverte par l'assurance maladie, 17,5% bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) et 20,4% de l'aide médicale d'État (AME). Comparées aux personnes suivies pour leur hépatite B dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient plus souvent sans logement stable (17,2% vs 7,6% ;  $p=0,006$ ), sans emploi (37,8% vs 27,1% ;  $p=0,06$ ) et sans couverture santé ou couvertes par l'AME (8,7% et 24,3%, respectivement, contre 2,6% et 17,1% ;  $p=0,013$ ).

Environ 4 personnes sur 10 vivaient en couple, et plus de la moitié des femmes (55,1%) et 29,1% des hommes vivaient avec des enfants ( $p<0,001$ ). La proportion de personnes n'ayant informé aucun membre de leur entourage de leur statut vis-à-vis de l'hépatite B après l'annonce du diagnostic était particulièrement élevée

parmi les hommes (23,9% vs 6,8% parmi les femmes ;  $p<0,001$ ). Comparées aux personnes suivies dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure avaient plus souvent gardé secret leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (23,6% vs 15,2% ;  $p=0,008$ ). Parmi les conjoints cohabitants des participants, 82,3% avaient été dépistés pour l'hépatite B et 69,7% étaient vaccinés, selon les déclarations des personnes interrogées. Parmi les enfants cohabitants, ces proportions atteignaient 70,9% et 83,2%, respectivement.

### Caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge (tableau 2)

Au moment de l'enquête, la durée médiane depuis le diagnostic d'hépatite B chronique était de 5 ans, sans différence selon le sexe et le type de structure de suivi. Quel que soit le type de structure de suivi, pour plus de 9 personnes sur 10 (94%), ce diagnostic avait été effectué après l'arrivée en France, dans un délai médian de 3 ans, plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes (3 ans vs 1 an ;  $p=0,02$ ) et parmi les personnes suivies dans un service expert en hépatologie que parmi celles suivies dans une autre structure (3 ans vs 2 ans ;  $p=0,009$ ). Le diagnostic faisait suite à un dépistage fortuit (à l'occasion d'un test prénatal ou prénuptial, d'un bilan de santé ou d'un don du sang) dans 4 cas sur 10 (40,5%) et à un problème de santé pour près d'un quart (23,6%) ; 16,5% des participants ont rapporté que le test de dépistage avait été effectué sur proposition de leur médecin, sans autre précision. Parmi les femmes, le diagnostic avait plus souvent été effectué dans le cadre d'un dépistage systématique que parmi les hommes (62,2% vs 32,0% ;  $p<0,001$ ), du fait en particulier du dépistage prénatal qui était à l'origine de 29,6% des diagnostics.

À la suite du diagnostic, la grande majorité des participants (86,5%) avaient eu recours aux soins pour l'hépatite B dans un délai de moins d'un an. Les informations sur les paramètres biologiques à la prise en charge étaient renseignées pour la majorité des participants, quel que soit le type de structure de soins : 575 (73,9%) pour la sérologie HBe, 683 (87,8%) pour les ALAT et 584 (75,1%) pour la charge virale ADN VHB. Parmi eux, lors de la prise en charge initiale, l'AgHBe était négatif pour 82,2% globalement, sans différence notable selon le sexe ou le type de structure de soins. L'activité sérique des ALAT était supérieure à la normale pour 26,0% des participants ; cette proportion était plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (30,1% vs 15,6% ;  $p<0,001$ ). La charge virale était élevée ( $>20\ 000$  UI/mL) pour 25,8% des participants globalement et, comme attendu, plus élevée parmi les personnes porteuses de l'AgHBe que parmi celles qui ne l'étaient pas (67,1% vs 19,2% ;  $p\leq 0,001$ ).

Une évaluation de la fibrose hépatique, que celle-ci ait été obtenue par ponction-biopsie hépatique, test sanguin ou élastométrie, était disponible pour 589 participants (75,7%) au total. Parmi eux, l'évaluation de la fibrose avait été effectuée en médiane 2 ans après l'initiation de la prise en charge et 1 an avant l'enquête. Une évaluation de la fibrose était plus

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013, globalement, selon le sexe et selon le type de structure de suivi. Enquête ANRS-Parcours (données pondérées)

	Total (N=778)	Selon le sexe		p <sup>a</sup>	Selon le type de structure de suivi		p <sup>a</sup>
		Hommes (N=558)	Femmes (N=220)		Services experts en hépatologie (N=445)	Autres services hospitaliers, réseaux, Comede (N=333)	
<b>Hommes (%)</b>	72,0	-	-	-	74,5	69,1	0,41
<b>Âge (médiane [IQR])</b>	39 [32-45]	39 [33-46]	37 [31-43]	0,006	39 [32-46]	39 [33-44]	0,59
<b>Niveau d'études (%)</b>							
Aucun ou primaire	29,1	32,3	21,1	<0,001	24,8	34,1	0,09
Secondaire	44,0	38,5	58,0		45,5	42,2	
Supérieur	26,9	29,2	20,9		29,6	23,7	
<b>Région d'origine (%)</b>							
Afrique de l'Ouest	77,5	79,4	72,7	0,32	75,8	79,4	0,40
Afrique centrale	20,6	18,9	24,8		21,4	19,6	
Afrique de l'Est ou Afrique australe	1,7	1,7	1,8		2,4	1,0	
Non renseignée	0,2	0	0,7		0,4	0	
<b>Ancienneté de l'arrivée en France en années (médiane [IQR])</b>	10 [4-16]	11 [5-16]	9 [3-15]	0,18	11 [6-17]	9 [3-13]	0,002
<b>Situation socioéconomique et administrative (%)</b>							
Absence de logement stable	12,1	11,5	13,4	0,30	7,6	17,2	0,006
Sans emploi	32,1	25,5	48,9	<0,001	27,1	37,8	0,06
Aucune ressource hors prestations sociales	11,1	8,0	19,1	0,002	8,7	13,9	0,39
Absence de titre de séjour	24,6	25,8	21,5	0,24	21,4	28,3	0,13
<b>Couverture maladie (%)</b>							
Sécurité sociale	55,4	55,4	55,3	0,33	61,2	48,7	0,003
Couverture médicale universelle (CMU)	17,5	16,5	19,9		18,0	16,9	
Aide médicale d'État (AME)	20,4	21,6	17,6		17,1	24,3	
Aucune	5,4	5,2	6,1		2,6	8,7	
Non renseigné	1,3	1,3	1,1		1,1	1,4	
<b>Entourage (%)</b>							
Conjoint cohabitant	41,0	38,1	48,4	0,11	41,4	40,6	0,92
Enfant(s) dans le foyer	36,4	29,1	55,1	<0,001	37,6	35,0	0,67
Secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage	19,1	23,9	6,8	<0,001	15,2	23,6	0,008

<sup>a</sup> Test du Chi2 ou régression binomiale négative.

Comede : Comité médical pour les exilés ; IQR : écart interquartile

souvent disponible chez les hommes que chez les femmes (78,3% vs 69,1% ; p=0,05), de même que chez les personnes suivies dans un service expert en hépatologie (86,7% vs 61,0% parmi les autres ; p=0,01). Parmi les personnes ayant une évaluation de la fibrose, 28,3% avaient une fibrose hépatique significative (score Métavir ≥F2). Une forme grave

d'atteinte hépatique était rapportée pour 17,9% des participants, plus fréquemment parmi les hommes que parmi les femmes (20,7% vs 9,8% ; p=0,01).

Au moment de l'enquête, environ un tiers des participants (33,9%) étaient traités contre l'hépatite B chronique. Cette proportion était plus élevée parmi

Tableau 2

**Caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013, globalement, selon le sexe et selon le type de structure de suivi. Enquête ANRS-Parcours (données pondérées)**

	Total (N=778)	Selon le sexe			Selon le type de structure de suivi		
		Hommes (N=558)	Femmes (N=220)	<i>p</i> <sup>a</sup>	Services experts en hépatologie (N=445)	Autres services hospitaliers, réseaux, Comede (N=333)	<i>p</i> <sup>a</sup>
<b>Diagnostic de l'hépatite B chronique</b>							
Ancienneté du diagnostic en années (médiane [IQR])	5 [2-9]	5 [2-9]	6 [2-10]	0,17	5 [3-9]	5 [2-9]	0,34
Diagnostic effectué en France (%)	94,0	94,2	93,4	0,75	93,9	94,1	0,92
<b>Circonstances du diagnostic (%)</b>							
Bilan systématique	40,5	32,0	62,2	<0,001	40,6	40,5	0,42
À l'occasion d'un problème de santé	23,6	27,9	12,5		20,3	27,3	
Proposition du médecin	16,5	18,8	10,8		17,3	15,6	
Autres	18,9	20,6	14,5		20,9	16,6	
Non renseigné	0,5	0,7	0		0,9	0	
<b>Délai entre le diagnostic et l'entrée dans les soins</b>							
<1 an (%)	86,5	87,1	84,9	0,47	84,3	88,9	0,26
<b>Paramètres biologiques initiaux</b>							
Antigène HBe négatif (% <sup>b</sup> )	82,2	81,2	84,8	0,43	82,2	82,3	0,97
ALAT > à la normale (% <sup>b</sup> )	26,0	30,1	15,6	<0,001	31,1	20,0	0,09
<b>Charge virale ADN VHB (%<sup>b</sup>)</b>							
≤2 000 UI/mL	53,2	49,9	61,2	0,13	51,6	55,2	0,71
]2 000 - 20 000] UI/mL	21,0	21,2	20,3		22,3	19,4	
>20 000 UI/mL	25,8	28,8	18,5		26,1	25,4	
<b>Évaluation de la maladie</b>							
Atteinte hépatique grave <sup>c</sup> (% <sup>b</sup> )	17,9	20,7	9,8	0,01	18,0	17,7	0,94
<b>Traitement</b>							
Traitement en cours (%)	33,9	38,1	23,1	<0,001	38,5	28,6	0,08
Dont traités par analogues nucléos(t)idiques (%)	94,8	94,8	94,8	0,99	92,6	98,2	0,17

<sup>a</sup> Test du Chi2 ou régression binomiale négative.

<sup>b</sup> Pourcentages parmi les personnes pour lesquelles l'information est renseignée.

<sup>c</sup> Atteinte hépatique grave définie par : un score Métavir F3 ou F4 ou un résultat d'élastométrie >8,8 kPa ou un diagnostic clinico-morphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

Comede : Comité médical pour les exilés ; IQR : écart interquartile.

les hommes que parmi les femmes (38,1% vs 23,1% ;  $p < 0,001$ ). La plupart des personnes traitées (94,8%) recevaient des analogues nucléos(t)idiques.

### État de santé général, comorbidités et comportements de santé

La grande majorité des participants (75,0%) percevaient leur état de santé général comme bon ou très bon, alors que 5% rapportaient un état de santé mauvais ou très mauvais.

La proportion de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C était de 2,0%, plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (3,9% vs 1,3%,

$p = 0,06$ ). Un peu moins de 5% des participants (4,6%) étaient traités pour un diabète, 8,1% pour une hypertension artérielle et 1,3% pour une pathologie cardiovasculaire, sans différence selon le sexe ni le type de structure de suivi.

Une consommation excessive d'alcool (définie par une consommation hebdomadaire de plus de 28 verres chez les hommes et 21 verres chez les femmes) était rapportée par 2,3% des participants. Un tiers (33,8%) étaient en surpoids et 11,7% étaient obèses, la proportion de personnes obèses étant particulièrement élevée parmi les femmes (22,1% vs 7,4% parmi les hommes ;  $p < 0,001$ ).

## Discussion

Les informations fournies par l'enquête ANRS-Parcours permettent, pour la première fois en France, de caractériser finement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique, qui représentent une part importante de l'ensemble des personnes atteintes. L'enquête a porté sur l'ensemble de l'Île-de-France, région qui, d'après les données du recensement, concentre la majorité (de l'ordre de 60%) des immigrés provenant d'Afrique subsaharienne à l'échelle nationale<sup>10</sup>.

Conduite au sein de plus des trois quarts des structures assurant une activité notable de suivi de l'hépatite B chronique auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans la région (en incluant non seulement les services experts en hépatologie, mais aussi les autres services hospitaliers et les structures non hospitalières) et proposée systématiquement à toutes les personnes concernées ayant fréquenté ces structures pendant la durée de l'étude, l'enquête a été élaborée avec le souci de rendre compte au mieux de la diversité de cette population, tant en termes de situation socioéconomique que d'état de santé. Toutefois, il est important de noter que les personnes porteuses d'une hépatite B chronique, mais non suivies (que leur maladie ait été diagnostiquée ou pas) ou suivies en médecine de ville hors réseaux ville-hôpital ou dans des structures non identifiées lors de la phase de préparation de l'enquête, ont été exclues du champ de l'étude, de même que les personnes co-infectées par le VIH. De plus, les femmes et les personnes ayant un emploi, du fait d'un taux de participation plus faible que les hommes, et les personnes sans emploi sont probablement sous-représentées dans l'échantillon d'étude. La faible proportion de personnes suivies dans un réseau de santé ville-hôpital parmi les participants pourrait davantage refléter des difficultés spécifiques, en particulier d'ordre logistique, pour la mise en œuvre d'enquêtes telles que Parcours dans ce type de structures, plutôt que la part réelle de patients qui y sont suivis pour l'hépatite B chronique.

Les résultats indiquent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique constituent une population relativement jeune, installée en France de façon durable. Les situations de précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes, tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Cette différence entre types de structure reflète probablement, au moins en partie, la situation particulièrement défavorable des personnes accueillies au Comede, parmi lesquelles les situations de détresse sociale sont fréquentes<sup>3</sup>. Toutefois, quels que soient le sexe et le type de structure de prise en charge, le non-emploi concernait plus d'une personne sur quatre et l'absence de titre de séjour régulier plus d'une personne sur cinq au moment de l'enquête, proportions plus élevées que celles observées au sein du groupe de personnes originaires d'Afrique subsaharienne non infectées par

le VHB et le VIH dans l'enquête Parcours. De telles situations de précarité sont susceptibles de compliquer la prise en charge de l'hépatite B chronique au quotidien ainsi que son maintien au long cours. L'information de l'entourage des personnes porteuses d'une hépatite B chronique sur leur statut VHB est indispensable pour la mise en œuvre de mesures de dépistage, de prise en charge et/ou de prévention auprès des personnes contacts. La proportion élevée de personnes qui n'informent pas leur entourage de leur statut VHB mise en évidence dans notre enquête, en particulier chez les hommes, constitue certainement un frein important à une telle mise en œuvre. Nos résultats suggèrent que le dépistage et la vaccination de l'entourage proche, bien que fréquents, pourraient être améliorés.

Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, qui ont vraisemblablement été infectées par le VHB au cours de leurs premières années de vie, le diagnostic d'hépatite B chronique n'est établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas (en se basant sur l'information déclarée par les patients, qui est largement corroborée par les données des dossiers médicaux), après un délai de plusieurs années (3 ans en médiane) et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, grâce notamment au test prénatal, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes. De façon cohérente avec cette différence, le diagnostic survient chez les hommes dans un délai plus long après l'arrivée en France que chez les femmes, et plus souvent lors d'une phase active de la maladie, suggérant un retard au diagnostic d'hépatite B chronique particulièrement marqué parmi les hommes. Par ailleurs, l'accès au diagnostic plus rapide que nous rapportons parmi les personnes suivies hors des services experts en hépatologie, personnes plus précaires sur le plan social que celles suivies dans les services experts, pourrait être lié à l'effet bénéfique des dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes précaires. Un meilleur accès au dépistage de l'hépatite B parmi les demandeurs d'asile en situation très précaire a précédemment été suggéré dans une étude qualitative<sup>11</sup>.

Il est intéressant de noter que les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins. L'ancienneté du diagnostic est comparable quel que soit le type de structure de suivi, suggérant que, pour les migrants d'Afrique subsaharienne, les services experts en hépatologie n'occupent pas une place prépondérante ni dans l'initiation de la prise en charge de l'hépatite B chronique, ni dans son maintien au long cours. Au contraire, les différents types de structure de soins semblent impliqués dans toutes les étapes de cette prise en charge.

Globalement, les caractéristiques biologiques et virologiques de la maladie au moment de l'initiation de la prise en charge (AgHBe, transaminases, ADN



du VHB) au sein de la population d'étude apparaissent proches de celles décrites à partir des données du système national de surveillance mis en place par l'InVS, qui portait sur l'ensemble des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique en France dans un service expert en hépatologie entre 2008 et 2011<sup>7</sup>. En revanche, on note une proportion plus élevée de personnes ayant une atteinte hépatique grave dans notre échantillon (17,9% contre 9,5% parmi les personnes nées dans un pays de forte endémie dans les données de surveillance). Cette comparaison doit rester prudente car il s'agit de chiffres basés sur des définitions et des populations différentes (en particulier, les données de surveillance portent sur des patients originaires d'Afrique, mais aussi d'Asie). Cependant, on peut faire l'hypothèse qu'une telle différence pourrait refléter, plus que la progression de la maladie entre l'initiation de la prise en charge et le moment de l'évaluation de la fibrose (2 ans en médiane), un phénomène d'attrition des personnes ayant une maladie peu avancée, parmi lesquelles le maintien d'un suivi régulier au long cours est particulièrement difficile. En outre, le délai de prise en charge après le diagnostic particulièrement court que nous rapportons dans notre étude (moins d'un an pour 86,5% des participants contre 47% parmi les personnes nées dans un pays de forte endémie dans les données de surveillance de l'InVS) pourrait témoigner du fait que cette attrition au cours du temps survient préférentiellement parmi les personnes ayant tardé à initier la prise en charge médicale après le diagnostic.

Ces résultats fournissent des informations utiles pour contribuer à améliorer le dépistage, la prévention de la transmission et la prise en charge de l'hépatite B parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, population particulièrement touchée par la maladie en France. Ces premiers résultats descriptifs seront prolongés par des analyses approfondies à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours, afin notamment d'étudier le rôle des conditions de vie en France, de la trajectoire migratoire et de la situation administrative sur la prévention, le dépistage et le recours aux soins pour l'hépatite B au sein de cette population. ■

### Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête ANRS-Parcours.

Nous remercions également les associations qui ont apporté leur soutien à l'étude, notamment SOS Hépatites (Michelle Cizorne), le Comede (Pascal Revault, Arnaud Veisse, Laurence Wolmark), le RAAC-Sida (Réseau des associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida) et le Forim (Jean-Charles Ahomadegbe, Khady Sakho).

Nos remerciements vont par ailleurs à Géraldine Vivier (Ined, service des enquêtes) et Anne Gervais (AP-HP) pour leur contribution à la préparation des questionnaires, ainsi qu'à Agnès Guillaume pour la communication sur l'enquête. Le recueil des données a été assuré par les sociétés ClinSearch et Ipsos.

L'enquête Parcours a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de la Direction générale de la santé.

### Le Groupe ANRS-Parcours

Le groupe ANRS-Parcours est composé de A. Desgrées du Loué, F. Lert, R. Dray-Spira, N. Bajos, N. Lydié (responsables scientifiques), J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, E. Rodary, D. Pourette, J. Situ, P. Revault, P. Sogni, J. Gelly, Y. Le Strat, N. Razafindratsima.

### Les investigateurs

*Hôpital Beaujon, service d'hépatologie* (A. Pumpo, T. Asselah, N. Guilly, N. Boyer, F. Mouri, C. Castelnaud, M. Pouteau) ; *Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'hépatogastroentérologie et de médecine interne* (T. Poynard, Y. Benhamou, G. Bonyhay, P. Lebray, J. Massard, J. Moussali, V. Ratzu, M. Rudler, D. Thabut, R. Pais, E. Luckina, A. Simon, M-C. Samba, S. Pelletier, N. Smail) ; *Hôpital Paul Brousse, Centre hépatobiliaire* (J-C. Duclos Vallée, D. Samuel, A. Coilly) ; *CHU Henri Mondor, service d'hépatologie* (F. Roudot-Thoraval, C. Hezode, E. Lopes) ; *Hôpital Jean Verdier, service d'hépatogastroentérologie* (V. Bourcier, N. Ganne, P. Nahon, J. Cohelo, J-C. Trinchet, G. Gnkontchou, V. Grando, S. Brulé) ; *Hôpital Cochin, unité d'hépatologie* (P. Sogni, H. Fontaine, V. Mallet, S. Tripon, A. Vallet Pichard, S. Pol, M. Corouge, M. Benazra, A. Noble, L. Bousquet) ; *Hôpital Saint-Antoine, service d'hépatogastroentérologie* (D. Mohand, L. Serfaty, N. Carbonell, C. Corpechot, M. Lequoy, H. Mathiex-Fortunet, A. Pascale, O. Rosmorduc, O. Chazouillères, S. Mezhoud, T. Andreani, H. Regnault, A. Pujol-Robert, F. Benjelloun) ; *Hôpital Guin, service d'hépatogastroentérologie* (S. Levy) ; *Hôpital Avicenne, services de médecine interne et de maladies infectieuses* (D. Roulot, U. Warzocha, C. Cambonie, O. Bouchaud, F. Mechai, M. Goussef, N. Vignier, T. Kandel, P. Honore) ; *CH de Lagny Marne La Vallée, service de gastroentérologie* (F. Harnois, G. Macaigne, K. Fernandes) ; *Hôpital Lariboisière, services de médecine interne et d'hépatogastroentérologie* (J-F. Bergmann, P. Sellier, M. Bendenoun, J-D. Magnier, V. Ozenne) ; *Hôpital Tenon, services d'hépatogastroentérologie et de maladies infectieuses* (D. AnceI, I. Popa-Gregoriou, F. Amiot, A. Garioud, J-D. Grangé, D. Chaslin-Ferbus, S. Gil-Diez, P. Bonnard, M-G. Lebrette, H. Cordel, F-X. Lescure, J-P. Vincensini, A. Adda Lievin, P. Thibault, N. Velazquez) ; *Centre hospitalier intercommunal de Créteil, service d'hépatogastroentérologie* (S. Barge, I. Rosa, L. Costes, L. Richier) ; *Réseau ARES 92* (A. Seif, C. Chandemerle, M. Lalande, T. Mazars) ; *Réseau Paris Nord* (J.P. Aubert, O. Taulera) ; *Centre de santé du Comede* (I. Alix, F. Fleury, O. Lefebvre, P. Revault, M. Petrucci, C. Menard).

### Références

- [1] Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. *J Hepatol.* 2003;39 Suppl 1:S64-9.
- [2] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* 2010;82(4):546-55.
- [3] La santé des exilés. Rapport Comede 2014. Le Kremlin-Bicêtre: Comité médical pour les exilés (Comede); 2015. 132 p. <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>
- [4] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2011. Paris: Médecins du Monde; 2012. 218 p. <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins/Rapports>
- [5] Roudot-Thoraval F, Rosa I, Delacroix-Szmania I, Staedel B, Garrait V, El Ghazi L, et al. Dépistage des hépatites virales et accès aux soins chez les migrants : étude prospective d'une cohorte de 1327 personnes. Communication affichée CA 13\*. 69<sup>e</sup> Journées de l'AFEF; 28 septembre-1<sup>er</sup> octobre 2011. Paris (France). [http://www.afef.asso.fr/rc/org/afef/htm/Article/2010/htm-20101102-094633-535/src/htm\\_fullText/fr/Communications-affichees-simples-et-etoilees-2011.pdf](http://www.afef.asso.fr/rc/org/afef/htm/Article/2010/htm-20101102-094633-535/src/htm_fullText/fr/Communications-affichees-simples-et-etoilees-2011.pdf)

[6] Dhumeaux D, Dir. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: EDP Sciences; 2014. 537 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Prise\\_en\\_charge\\_Hepatitis\\_2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf)

[7] Pioche C, Brouard C, Chevaliez S, Alric L, Couzigou P, Delarocque-Astagneau E, *et al.* Hépatite B chronique : prise en charge en France entre 2008 et 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(12):210-6. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12046](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12046)

[8] Pillonel J, Legrand D, Sommen C, Laperche S. Surveillance épidémiologique des donneurs de sang et risque résiduel de transmission du VIH, de l'HTLV, du VHC et du VHB par transfusion en France entre 2008 et 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2012;(39-40):438-42. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11020](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11020)

[9] Enquête ANRS-Parcours. <http://www.parcours-sante-migration.com/>

[10] Immigrés et descendants d'immigrés en France. Insee Références. Édition 2012. <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=IMMFRA12>

[11] Enel C, Minello A, Hillon P. Représentations des professionnels et dépistage des hépatites B et C chez les migrants : une étude qualitative en Côte-d'Or. Santé Publique. 2012;24(4):303-15.

#### Citer cet article

Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, *et al.* 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. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(19-20):339-47. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015\\_19-20\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_2.html)

## ARTICLE // Article

### L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE DELTA. DONNÉES FRANÇAISES RÉCENTES

// THE HEPATITIS DELTA VIRUS INFECTION: RECENT DATA IN FRANCE

Emmanuel Gordien ([emmanuel.gordien@avc.aphp.fr](mailto:emmanuel.gordien@avc.aphp.fr))

Centre national de référence associé hépatite Delta, Unité de virologie du laboratoire de bactériologie, virologie, hygiène ; Hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis, site Avicenne, Bobigny, France

Soumis le 21.01.2015 // Date of submission: 01.21.2015

#### Résumé // Abstract

L'infection par le virus de l'hépatite Delta (VHD), satellite du virus de l'hépatite B (VHB), est considérée comme la forme la plus sévère de l'hépatite virale aiguë ou chronique. Elle est responsable d'hépatites fulminantes aiguës ou d'hépatites chroniques graves pouvant évoluer rapidement vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.

En dépit de données manquantes dans de nombreuses régions du monde endémiques pour le VHB, et malgré des campagnes de vaccination anti-VHB conduites dans plusieurs pays, l'infection à VHD est loin d'être une maladie en voie de disparition dans le monde, avec environ 15 à 20 millions de sujets infectés. En effet, les études récentes conduites dans différents pays d'Europe, aux États-Unis, en Australie, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie ont montré une prévalence de l'infection Delta (définie par le taux de portage des anticorps anti-VHD chez les patients VHB positifs) plus importante que prévue et l'existence de régions de forte endémie.

La réalité de l'infection à VHD en France est peu connue. L'objectif de cette étude est de tenter de faire un état de la situation à partir de l'analyse : (1) des données de l'étude nationale réalisée par l'Institut de veille sanitaire chez les patients nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique entre 2008 et 2010 ; (2) d'études réalisées chez les donneurs de sang par l'Institut national de la transfusion sanguine associé au Centre national de référence (CNR) des hépatites B, C et Delta ; (3) des différentes études conduites par le CNR associé hépatite Delta et (4) des résultats préliminaires de l'étude Deltavir, réalisée chez plus de 1 000 patients ayant présenté une infection à VHD active et dont les souches virales collectées de façon prospective de 2001 à 2013 sont conservées dans la bibliothèque du CNR associé hépatite Delta.

Cette analyse montre une prévalence faible de l'infection VHD en France, avec un portage des anticorps anti-VHD chez 4% des patients VHB positifs. Ces patients sont originaires principalement de pays de forte ou de moyenne endémie. Toutes ces études fournissent des données épidémiologiques, démographiques, cliniques et biologiques de l'infection Delta en France, ainsi que les caractéristiques virologiques des souches infectantes. Elles indiquent la nécessité absolue d'effectuer le dépistage des anticorps anti-VHD chez tous les patients infectés par le VHB, ainsi que la quantification de la charge virale du VHD chez les patients positifs à l'aide de techniques diagnostiques prenant en compte la grande diversité génétique du VHD.

## ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE VIVANT AVEC UNE HÉPATITE B CHRONIQUE

Nicolas Vignier, Rosemary Dray Spira, France Lert, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, Nathalie Lydié, Olivier Bouchaud, Annabel Desgrées du Loû

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2017/3 Vol. 29 | pages 361 à 370

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-3-page-361.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Nicolas Vignier *et al.*, « Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique », *Santé Publique* 2017/3 (Vol. 29), p. 361-370.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique

## Health care access of Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B

Nicolas Vignier<sup>1</sup>, Rosemary Dray Spira<sup>1</sup>, France Lert<sup>2</sup>, Julie Pannetier<sup>3</sup>, Andrainolo Ravalihasy<sup>3</sup>, Anne Gosselin<sup>3</sup>, Nathalie Lydié<sup>4</sup>, Olivier Bouchaud<sup>5</sup>, Annabel Desgrées du Lou<sup>3</sup> et le groupe ANRS-Parcours<sup>6</sup>

### ➔ Résumé

**Objectif :** L'objectif de cette étude est d'analyser l'accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) vivant avec une hépatite B chronique (HBC) en France.

**Méthodes :** L'enquête ANRS-Parcours est une étude biographique réalisée en 2012-2013 auprès de personnes originaires d'ASS recrutées dans des services de prise en charge de l'HBC en Ile-de-France. Les données ont été recueillies en face-à-face à l'aide d'une grille biographique et d'un questionnaire standardisé.

**Résultats :** Parmi les 619 participants, 96,4 % ont une couverture maladie de base dont 18,6 % la Couverture maladie universelle (CMU) et 23,4 % l'Aide médicale d'état (AME). Un tiers des bénéficiaires de l'Assurance maladie n'ont pas de complémentaire santé et 75,7 % sont couverts au titre d'une Affection longue durée. L'obtention d'une couverture maladie après l'arrivée en France a lieu en médiane la première année. Parmi les participants, 22,0 % rapportent avoir renoncé aux soins pour raisons financières depuis l'arrivée en France et 9,7 % avoir vécu un refus de soins le plus souvent par refus de la CMU ou l'AME. Une fois diagnostiqué, l'entrée en soins a lieu en médiane l'année-même du diagnostic. Le retard à l'entrée en soins est plus fréquent chez les personnes sans couverture maladie l'année du diagnostic. Les ruptures de suivi de plus de 12 mois sont rares.

**Conclusion :** Les personnes originaires d'ASS vivant avec une HBC accèdent rapidement à une couverture maladie et aux soins. Cependant, des obstacles à l'accès aux soins persistent pour certaines du fait notamment de l'absence ou de l'incomplétude d'une couverture maladie et des refus de soins aux bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

**Mots-clés :** Accès aux soins ; Couverture maladie ; Émigrants et immigrants ; Afrique subsaharienne ; France ; Hépatite B.

### ➔ Abstract

**Objective:** The objective of this study was to analyse health care access of Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B (CHB) in France.

**Methods:** The ANRS-Parcours survey was a life-event survey conducted in 2012-2013 among Sub-Saharan African migrants recruited by health care facilities managing CHB in the Paris region. Data were collected by face-to-face interview using a biographical grid and a standardized questionnaire.

**Results:** 96.4% of the 619 participants basic health insurance coverage with CMU universal health insurance coverage in 18.6% of cases and AME state medical assistance in 23.4% of cases. One-third of basic health insurance beneficiaries did not have any complementary health insurance and 75.7% had long-term disease status. The median time to acquisition of health insurance cover after arrival in France was one year. 22.0% of participants reported delaying health care for financial reasons since their arrival in France and 9.7% reported being refused health care usually due to refusal of CMU or AME. Health care access was effective within one year of the diagnosis. Delayed health care access was more common among people without health insurance coverage in the year of diagnosis. Patients lost to follow-up for more than 12 months were rare.

**Conclusion:** Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B rapidly access health insurance coverage and health care. However, barriers to health care access persist for some people, essentially due to absent or incomplete health insurance cover and refusal of care for AME or CMU beneficiaries.

**Keywords:** Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health insurance coverage; Migrants; Sub-saharan Africa; France; Hepatitis B.

<sup>1</sup> Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 6, Inserm, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique – (IPLESP UMRS 1136), Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale (ERES) – Faculté de médecine Saint Antoine – 27 rue de Chaligny – 75012 Paris.

<sup>2</sup> INSERM, CESP-U1018 – Villejuif – France.

<sup>3</sup> IRD-UMR 196 CEPED – 45 rue des Saints-Pères – 75006 Paris – France.

<sup>4</sup> Santé publique France – Saint-Maurice.

<sup>5</sup> Université Paris 13 – CHU Avicenne – Bobigny – France.

<sup>6</sup> Le groupe ANRS-Parcours est présenté dans les remerciements en fin d'article.

Correspondance : N. Vignier  
vigniernicolas@yahoo.fr

Réception : 24/11/2016 – Acceptation : 14/04/2017

## Introduction

L'hépatite B est une maladie hépatique qui est due au virus de l'hépatite B (VHB). Elle peut entraîner une infection chronique et exposer les individus au risque de cirrhose du foie et de cancer du foie. Selon l'OMS, 240 millions de personnes dans le monde vivent avec une hépatite B chronique (HBC, définie par un portage de l'antigène HBs depuis plus de six mois) et 780 000 en meurent chaque année [1, 2]. L'Afrique subsaharienne (ASS) est une zone de haute endémicité pour l'infection chronique par le virus de l'hépatite B où entre 5 et 10 % de la population est chroniquement infectée [1]. En ASS, l'hépatite B est mal connue des populations et des prestataires de soins, et rarement diagnostiquée. L'accès au traitement est très limité et peu intégré dans les programmes nationaux ou internationaux. Les antiviraux comme le ténofovir actifs à la fois sur le VIH et le virus de l'hépatite B, disponibles dans les programmes subventionnés de prise en charge du VIH, ne sont en règle générale pas accessibles aux patients ayant une HBC sans infection par le VIH.

Les personnes originaires d'ASS vivant en France sont donc particulièrement concernées par ce problème de santé. On estimait en France en 2004 dans un échantillon national représentatif de bénéficiaires de l'assurance maladie que la prévalence de l'HBC était de 5,25 % parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne (ASS), soit huit fois plus qu'en population générale [3]. Elles représenteraient ainsi environ 58 000 personnes atteintes d'HBC sur les 280 000 estimées en France. Cette prévalence pourrait être plus élevée si on tenait compte des personnes nées en ASS bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) ou sans couverture maladie qui n'étaient pas incluses dans cette enquête nationale. D'autre part, 54 % des patients nouvellement pris en charge pour une HBC en 2008-2009 étaient nés en ASS [4]. Les rares données cliniques existantes sur ces derniers sont issues des centres experts en hépatologie et de la présente étude [5]. Diagnostiquer précocement l'HBC est important afin de pouvoir proposer un suivi clinico-biologique aux porteurs inactifs du VHB et un traitement aux HBC actives afin de prévenir l'évolution de la maladie vers la fibrose, la cirrhose et le cancer du foie. L'accès aux soins précoce des personnes originaires d'ASS porteuses du VHB est donc un préalable important à l'accès au diagnostic et à la prise en charge de leur maladie. Pourtant, peu de données sont disponibles sur l'accès aux soins dans cette population. Le système français permet en théorie l'accès à un dépistage gratuit dans certaines

circonstances, à une couverture maladie, à une prise en charge et à la mise sous traitement lorsqu'il est indiqué pour la majorité des résidents [6, 7]. Cependant, les populations migrantes rapportent fréquemment des difficultés d'accès aux soins [8]. Il a en effet été montré que les défauts de couverture maladie et la précarité sociale peuvent conduire à des renoncements aux soins chez les migrants [9]. En particulier, l'accès à une couverture maladie est un déterminant important de l'accès au dépistage et aux soins, du maintien en soins et de morbi-mortalité [10, 11]. L'accès aux soins des migrants vivant avec une HBC pourrait ainsi dépendre de leur couverture maladie et de leur situation sociale.

À partir des données de l'enquête biographique ANRS-Parcours réalisée auprès de personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, l'objectif de ce travail est de décrire l'accès aux soins des personnes vivant avec une hépatite B chronique.

## Méthodes

L'étude ANRS-Parcours a été mise en place pour évaluer comment les trajectoires de santé et sociales et les parcours migratoires s'articulaient parmi les migrants originaires d'ASS vivant en Ile-de-France. Cette étude biographique rétrospective a été conduite de février 2012 à mai 2013 dans les services de soins d'Ile-de-France parmi trois groupes de personnes originaires d'ASS : un groupe de personnes suivies pour une infection par le VIH, un groupe de personnes suivies pour une HBC et un groupe recruté en médecine générale. Les données présentées ici concernent le groupe de personnes vivant avec une HBC. Le recrutement a eu lieu dans 20 centres tirés au sort par strates parmi les services spécialisés dans la prise en charge des hépatites en Ile-de-France appartenant à quatre catégories (7/7 services experts en hépatologie, 10/16 services hospitaliers prenant en charge des hépatites virales, 1/1 centre de santé du Comede et 2/2 réseaux ville hôpital impliqués dans le suivi des HBC). Les patients étaient éligibles s'ils étaient nés en ASS, âgés de 18 à 59 ans, diagnostiqués depuis au moins trois mois pour une HBC et non connus pour être co-infectés par le VIH. Les médecins proposaient l'étude et recueillaient le consentement de l'ensemble des patients éligibles, à l'exception de ceux avec des troubles cognitifs importants ou un état de santé ne permettant pas leur participation.

Un questionnaire standardisé avec une grille biographique était administré en face-à-face à chaque participant par un enquêteur formé. Les informations cliniques et biologiques étaient recueillies par le médecin à partir du dossier médical. Toutes les informations ont été recueillies de manière anonyme. Les participants recevaient une gratification d'une valeur de 15 €. Le CCTIRS et la CNIL ont approuvé cette étude. Le protocole détaillé de cette étude a été enregistré sur le site [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) sous le numéro NCT02566148. Les résultats concernant les autres volets de l'étude ont été présentés ailleurs [5, 12, 13].

Les données recueillies concernent plusieurs champs d'information :

- les caractéristiques sociodémographiques et migratoires de l'échantillon, la couverture maladie des participants au moment de l'enquête, ainsi que son acquisition après l'arrivée en France. Les questions étaient posées de la manière suivante : « Depuis votre (1<sup>re</sup>) arrivée en France, avez-vous eu une couverture maladie : sécurité sociale, ou CMU, ou AME... ? 1. Oui, 2. Non. Si Oui, à partir de quelle année avez-vous eu une couverture maladie ? Par la suite, y a-t-il des périodes d'au moins un an où vous n'avez plus eu de couverture maladie ? Et aujourd'hui quel type de protection maladie avez-vous ? 1. Sécurité sociale, 2. CMU (Couverture Maladie Universelle), 3. AME (Aide Médicale d'État), 4. Pas de protection maladie, 5. Autre. Avez-vous aujourd'hui une mutuelle santé/une assurance complémentaire santé ? 1. Oui, 2. Non. Êtes-vous actuellement couvert(e) à 100 % pour une affection de longue durée (ALD) ? 1. Oui, 2. Non. ».

- le renoncement aux soins et le refus de soins. La question sur le renoncement aux soins était posée de la manière suivante : « Nous allons maintenant parler des problèmes que vous avez pu rencontrer dans les structures de soins : depuis que vous êtes arrivé(e) en France, vous est-il arrivé(e) de ne pas aller consulter un médecin ou un dentiste alors que vous en aviez besoin à ce moment-là ? 1. Oui une fois, 2. Oui plusieurs fois, 3. Non ». Les personnes ayant répondu « Oui » étaient ensuite interrogées sur les raisons du renoncement (plusieurs réponses possibles).

La question sur le refus de soins était posée de la manière suivante : « Est-il arrivé qu'on refuse de vous soigner ou de vous délivrer des médicaments ? a) chez un médecin 1. Oui, 2. Non, b) à l'hôpital 1. Oui, 2. Non, c) dans une pharmacie 1. Oui, 2. Non ». Les personnes ayant répondu Oui à une des questions étaient ensuite interrogées sur les raisons du refus de soins (plusieurs réponses possibles).

- le délai à l'entrée en soins après le diagnostic de l'HBC et la survenue d'une éventuelle rupture de suivi. Les

questions étaient posées de la manière suivante : « Si un test de dépistage pour l'hépatite B a été positif, en quelle année avez-vous consulté pour la première fois un médecin pour cette maladie ? Avez-vous toujours eu un suivi médical depuis cette consultation, ou est-ce qu'il vous est arrivé de rester sans voir votre médecin plus de 12 mois ? ».

Le test du Chi deux a été utilisé pour les comparaisons de pourcentage et un test non paramétrique de comparaison des médianes pour les variables quantitatives.

Les données ont été pondérées en tenant compte de la probabilité d'inclusion dans l'étude pour chaque individu.

Les analyses ont été réalisées avec l'aide du logiciel Stata 13.1 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

## Résultats

### Population étudiée

Dans les services participants, 1 169 personnes répondaient aux critères d'inclusion de la partie de l'étude ANRS-Parcours concernant les personnes vivant avec une HBC, parmi lesquelles 25 n'ont pas participé à l'étude en raison de leur état de santé. Au total, 778 personnes ont été interrogées dans le groupe hépatite B (taux de participation de 68,5 %). Les participants ont été recrutés dans un service expert en hépatologie (54 %), un autre service hospitalier prenant en charge les HBC (39 %), au centre de santé du Comede (5 %) ou au sein d'un réseau ville hôpital (2 %). Après exclusion des personnes arrivées avant 1980, celles arrivées depuis moins d'un an, des personnes mineures à l'arrivée et des personnes ayant des données manquantes, 619 personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique ont été incluses dans l'analyse.

Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau I. Les femmes représentent 27 % de l'échantillon. L'âge médian à l'arrivée est de 28 ans pour les deux sexes. Les trois quarts des participants sont arrivés après 2000. La plupart des personnes interrogées sont originaires d'Afrique de l'Ouest ou centrale. Les hommes ont plus souvent émigré pour chercher du travail, là où les femmes sont plus souvent venues rejoindre un membre de leur famille. L'absence de titre de séjour, de logement personnel et de ressources propres est fréquente à l'arrivée en France. L'absence de titre de séjour concerne plus d'un participant sur deux la première année.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique (n = 619) en fonction du sexe (Île-de-France [France], 2012-2013) – Enquête ANRS Parcours

	Hommes N=458 %	Femmes N=161 %	p
<b>Âge à l'arrivée (années)</b>			0,68
18-24	25,5	25,4	
25-29	35,9	39,0	
30-60	38,6	35,6	
<b>Période d'arrivée</b>			0,07
1980-1999	27,3	19,4	
2000-2012	72,7	80,6	
<b>Niveau d'étude à l'arrivée</b>			< 0,01
Primaire ou moins	38,4	28,3	
Secondaire	38,9	54,5	
Supérieur	22,7	17,3	
<b>Région de naissance</b>			0,21
Afrique de l'Ouest	81,5	74,5	
Afrique centrale	17,1	23,2	
Afrique de l'Est ou du Sud	0,0	2,3	
<b>Durée depuis l'arrivée en France</b>			< 0,05
Médiane (IIQ <sup>a</sup> )	9,5 (4-13)	7,0 (3-12)	
<b>Raison de la venue en France</b>			< 0,01
Trouver un travail / tenter sa chance	53,0	28,4	
Menacé dans son pays	19,5	17,1	
Rejoindre un membre de sa famille	21,5	45,4	
Raison médicale	6,1	9,1	
<b>Droit au séjour à l'arrivée</b>			< 0,05
Aucun	61,9	46,5	
Titre de séjour temporaire	32,9	46,0	
Carte de résident (10 ans)	2,8	3,6	
Nationalité française	2,5	4,0	
<b>Conditions de logement à l'arrivée</b>			< 0,001
Logement personnel	11,8	22,1	
Hébergé par des proches	46,0	44,5	
Structures collectives ou associatives	0,6	3,2	
Foyer	15,6	0,4	
Absence de logement stable	26,2	26,6	
<b>Ressources à l'arrivée</b>			< 0,001
Activité propre	68,5	37,6	
Activité du conjoint ou de la famille	17,8	46,4	
Aides sociales	6,9	9,0	
Absence de ressources	6,8	7,0	

Pourcentages pondérés ; p : test du Chi 2.

<sup>a</sup>IIQ : intervalle interquartile.

### Couverture maladie

L'obtention d'une couverture maladie s'est faite en médiane dès la première année après l'arrivée en France (Intervalle interquartile (IIQ) [1-2]). La proportion de

personnes disposant d'une couverture maladie années après années après l'arrivée en France est présentée dans la figure 1. La quasi-totalité des participants obtiennent une couverture maladie en six ans.

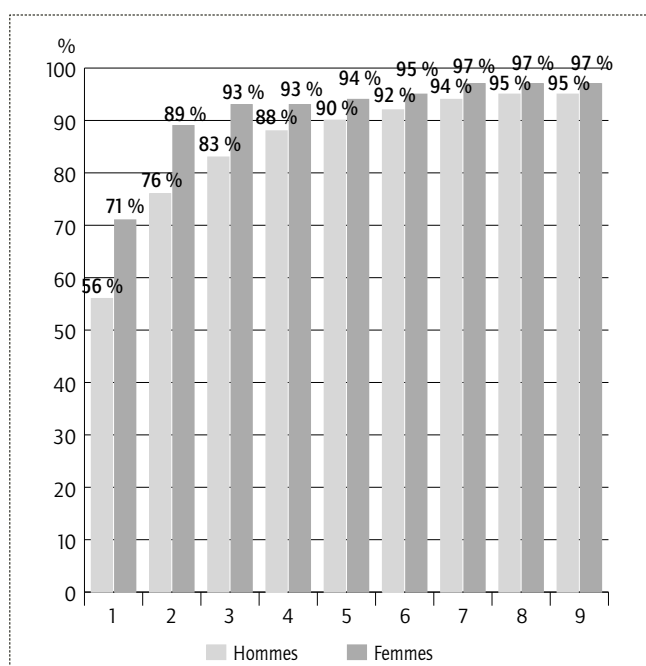


Figure 1 : Proportion de personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique disposant d'une couverture maladie années après années après l'arrivée en France (Île-de-France [France], 2012-2013) – Enquête ANRS Parcours

Entre l'obtention d'une première couverture maladie et l'enquête, 9,0 % des hommes et 5,6 % des femmes ont eu une rupture de couverture maladie d'au moins une année. Sur les quatre années qui suivent son obtention, cela représente 2,2 ruptures pour 100 personnes années pour les hommes et 2,4 ruptures pour 100 personnes années pour les femmes. Pour ceux qui sont concernés, la première rupture survient dans un délai médian de trois années pour les hommes (IIQ [1-4]) et d'une année pour les femmes (IIQ [1-2]).

Au moment de l'enquête, réalisée en médiane neuf années après l'arrivée en France, la plupart des participants (96,4 %) ont une couverture maladie de base (tableau II). Les personnes sans couverture maladie sont plus souvent sans droit au séjour (73,3 % sans titre de séjour *versus* 26,8 % pour celles disposant d'une couverture maladie,  $p < 0,001$ ). Elles sont également plus représentées parmi les personnes arrivées depuis moins de deux ans et entre trois et cinq ans en comparaison à celles arrivées depuis plus de cinq ans (10,8 %, 4,6 % et 2,6 % sans couverture maladie respectivement,  $p < 0,01$ ).

Le recours à la Couverture Maladie Universelle dite de base (CMU) et à l'Aide Médicale d'État (AME) est fréquent (18,6 % et 23,4 % respectivement).

Parmi les bénéficiaires de la couverture maladie de base de l'Assurance Maladie (AM), près d'un tiers ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Plus des trois quarts des participants suivis pour une hépatite B chronique et bénéficiaires de l'AM sont pris en charge à 100 % dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD). Ce pourcentage monte à 90,3 % des hommes et 92,2 % des femmes parmi ceux prenant un traitement contre l'hépatite B au moment de l'enquête (38,4 % des hommes et 21,3 % des femmes respectivement). D'autre part, parmi les bénéficiaires de l'AM non couverts par une complémentaire santé, 78/111 (71,3 %) étaient pris en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD.

Tableau II : Couverture maladie au moment de l'enquête des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique (n = 619) en fonction du sexe (Île-de-France [France], 2012-2013) – Enquête ANRS Parcours

	Hommes %	Femmes %	p
	N = 458	N = 161	
<b>Couverture maladie de base</b>			
AM	54,5	54,1	0,66
CMU	17,7	21,1	
AME	24,0	21,9	
Aucune	3,8	2,9	
	N = 240	N = 83	
<b>Couverture maladie complémentaire parmi les bénéficiaires de l'AM</b>			
	69,4	62,0	0,32
<b>Prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection longue durée parmi les bénéficiaires de l'AM</b>			
	76,5	73,3	0,67
	N = 90	N = 35	
<b>Prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection longue durée parmi les bénéficiaires de la CMU</b>			
	77,9	70,6	0,41

Pourcentages pondérés ; p : test du Chi 2 ; AM : Couverture maladie de base de l'Assurance Maladie tous régimes confondus hors CMU ; CMU : Couverture Maladie Universelle ; AME : Aide Médicale d'État.

### Renoncement aux soins

Les hommes sont 30,5 % à rapporter à avoir déjà renoncé à des soins chez le médecin ou le dentiste depuis leur arrivée en France (24,5 % plusieurs fois). Les motifs du renoncement aux soins sont des raisons financières (70,5 %), des problèmes de papiers (33,2 %), avoir préféré « attendre que cela passe » (9,0 %), la distance ou les



difficultés pratiques pour se rendre en consultation (3,5 %), le manque de temps (3,4 %), la barrière de la langue (2,4 %), ne pas savoir qui aller voir (2,0 %), la peur des soins (1,5 %) ou une autre raison (5,3 %).

Parmi les femmes, 29,0 % rapportent avoir déjà renoncé à des soins (22,1 % plusieurs fois). Les motifs du renoncement aux soins sont les raisons financières (80,0 %), les problèmes de papier (21,5 %), avoir préféré attendre que cela passe (8,6 %), la distance ou les difficultés pratiques pour se rendre en consultation (5,1 %), la barrière de la langue (1,8 %) ou une autre raison (3,1 %).

Ainsi 21,5 % des hommes et 23,2 % des femmes rapportent avoir dû renoncer à des soins pour raison financière ( $p = 0,74$ ). Cette proportion est similaire quelle que soit l'ancienneté de l'arrivée en France (21,5 % et 22,2 % depuis moins ou plus de 5 ans respectivement,  $p = 0,85$ ). Elle est plus élevée pour les personnes vivant en foyer : 38,0 % vs 20,7 % chez les autres ( $p < 0,001$ ). Le renoncement aux soins pour raisons financières est rapporté par 31,2 % des participants sans couverture maladie au moment de l'enquête, 18,0 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie, 23,8 % de ceux couverts par la CMU et de 28,5 % de ceux bénéficiant de l'AME ( $p = 0,06$ ).

### Refus de soins

Les hommes sont 8,5 % à rapporter avoir déjà expérimenté un refus de soins depuis leur arrivée en France. Ils étaient 4,6 % à rapporter avoir vécu un refus chez un médecin, 2,3 % à l'hôpital et 4,0 % dans une pharmacie. Les motifs déclarés du refus de soins sont le fait d'être bénéficiaire de la CMU ou de l'AME (53,2 %), leur état de santé (5,8 %), la couleur de leur peau (4,6 %), leur origine (3,5 %), leur quartier de résidence (2,2 %) ou une autre raison (17,5 % : problème d'ordonnance, problème de papiers, problème d'argent, devait passer par son médecin traitant).

Les femmes sont 13,0 % à rapporter à avoir déjà expérimenté un refus de soins depuis leur arrivée en France (7,9 % chez un médecin, 3,6 % à l'hôpital et 10,3 % dans une pharmacie). Les motifs déclarés du refus de soins sont le fait d'être bénéficiaire de la CMU ou de l'AME (51,7 %), leur origine (3,6 %), leurs difficultés à s'exprimer en français (4,1 %) ou une autre raison (16,6 % : problème d'argent ou problème d'ordonnance).

L'expérience d'un refus de soins est rapporté par 13,3 % des personnes arrivées depuis cinq ans et moins, contre 8,3 % de celles arrivées depuis plus de cinq ans ( $p = 0,05$ ). Elle est rapportée par 14,0 % des personnes venues en

France car elles sont menacées dans leur pays d'origine contre 8,7 % pour les autres ( $p = 0,05$ ). Les personnes ayant déjà vécu au moins un an sans titre de séjour depuis leur arrivée en France rapportent une fréquence de refus de soins de 11,0 % contre 6,8 % dans le cas contraire ( $p = 0,11$ ). Cette proportion est plus élevée pour les personnes ayant vécu au moins une fois dans la rue depuis leur arrivée en France (24,7 % vs 8,6 % chez les autres,  $p = 0,03$ ). Le refus de soins depuis l'arrivée en France est rapporté par 22,1 % des participants sans couverture maladie au moment de l'enquête, 14,7 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie, 11,0 % de ceux couverts par la CMU et 6,4 % de ceux bénéficiant de l'AME ( $p = 0,01$ ).

### Entrée en soins

Le diagnostic de l'hépatite B chronique a lieu après l'arrivée en France dans 93,5 % des cas ( $n = 564$ ), en médiane au cours de la 4<sup>e</sup> année après l'arrivée pour les hommes (IIQ[2-9]) et de la 2<sup>e</sup> année pour les femmes (IIQ[1-4]).

Pour les personnes diagnostiquées avant leur arrivée en France ( $n = 42$  ; 6,5 %), seules 43,3 % sont entrées en soins l'année du diagnostic dans leur pays de résidence. Une fois en France, 59,4 % sont entrées en soins l'année d'arrivée en France, 21,4 % l'année suivante et 19,2 % au-delà.

Parmi les personnes diagnostiquées en France, 93,5 % sont entrées en soins l'année de leur arrivée en France, 2,2 % l'année suivante et 4,3 % au-delà.

Ainsi, 8,8 % (57/606) des participants sont entrées en soins au moins une année plus tard que l'année du diagnostic ou, pour les personnes diagnostiquées avant l'arrivée, que l'année d'arrivée en France. Cette entrée retardée est plus fréquente parmi les personnes sans couverture maladie l'année du diagnostic ou de l'arrivée en France (20,6 %) que parmi celles en disposant (6,8 %,  $p < 0,001$ ). Les personnes sans couverture maladie l'année du diagnostic et non entrées en soins cette même année ( $n = 23$ ), sont finalement entrées en soins en médiane la quatrième année après le diagnostic (IIQ [2-6]).

### Maintien en soins

Parmi les personnes diagnostiquées et entrées en soins avant leur arrivée en France, 29,8 % (5/17) ont eu une rupture de suivi de plus de 12 mois. Toutes ces ruptures ont eu lieu avant leur arrivée en France. Ces participants sont tous entrés à nouveau en soins dans un délai médian de deux ans après leur arrivée en France.

Parmi les personnes diagnostiquées en France, 4,0 % (n = 20/564) ont eu une rupture de suivi de plus d'une année avant le jour de l'enquête. La rupture est survenue dans un délai médian de deux années après l'entrée en soins (IIQ [0-6]). Ces participants sont entrés à nouveau en soins dans un délai médian de trois années (IIQ [2-6]).

La proportion de personnes ayant expérimenté une rupture ne varie pas significativement en fonction du sexe, de l'âge ou de l'ancienneté du séjour en France.

## Discussion

L'enquête ANRS-Parcours fournit des données biographiques originales sur l'accès aux soins des personnes originaires d'ASS vivant avec une HBC venant ainsi combler un manque de connaissance souligné ailleurs [4].

Pour la majorité des participants, l'accès à une couverture maladie survient rapidement dès l'année d'arrivée en France. Ceci illustre le rôle positif exercé par la loi française prévoyant l'universalité de la couverture maladie pour les personnes résidant de manière stable en France [14]. La mise en place de la CMU et de l'AME en 1999 en France a permis l'accès à une couverture maladie pour les personnes en situation de précarité et pour les étrangers en situation irrégulière. Selon les données du Fonds CMU, 2,4 millions de personnes bénéficiaient de la couverture de base de la CMU en 2015, soit environ 3,6 % de la population française. L'AME bénéficiait, quant à elle, à 294 000 personnes en 2014 [15]. Le niveau élevé de couverture par la CMU et l'AME au moment de l'enquête souligne ainsi l'importance de ces dispositifs dans l'accès aux soins des migrants vivant avec une HBC en France. Le recours significatif à ces couvertures maladies avait déjà été souligné dans l'enquête Trajectoires et origines où 9 % des hommes et 21 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne étaient couverts par la CMU ou l'AME [16].

L'absence de droit au séjour est fréquente parmi les participants sans couverture maladie au moment de l'enquête. Ainsi, malgré l'existence de l'AME pour les migrants en situation irrégulière, il semble persister du non recours pour les personnes en situation de précarité par méconnaissance du dispositif ou en raison de barrières. Dans son rapport 2015 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Médecins du Monde constate que parmi les consultants accueillis qui n'avaient pas de couverture maladie (88 %), plus de trois quarts y avaient droit. Les obstacles à l'accès aux droits rencontrés par Médecins du Monde semblent essentiellement liés à la

complexité des démarches, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires, etc.) et/ou des dysfonctionnements administratifs (délais, etc.) [17]. Durant cette période de précarité, la santé n'est probablement pas une priorité [18]. C'est plus probablement à l'occasion d'un besoin de soin entraînant un contact avec le système de soins que les droits à une couverture maladie sont activés. Cet état de fait est d'autant plus inquiétant que la période de précarité vécue par les migrants après leur arrivée en France a tendance à se prolonger dans le temps tel que cela a été décrit auparavant à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours [19].

De façon générale en France, l'absence de couverture maladie complémentaire est un déterminant important de la sous consommation de soins et du renoncement aux soins [9, 20]. Parmi les bénéficiaires de la couverture maladie de base de l'Assurance maladie au moment de l'enquête, nous avons mis en évidence un taux de non recours à une couverture maladie complémentaire élevé, de près d'un participant sur trois. Dans l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en France en 2012, le taux de non recours à une complémentaire santé en population générale était de 5 % [21]. Dans l'enquête Trajectoires et origines, 24 % des hommes et 23 % des femmes originaires d'ASS affiliées à l'Assurance maladie ne disposaient pas d'une complémentaire santé [16]. Un des motifs connus d'absence de couverture complémentaire est le fait d'être bénéficiaire d'une prise en charge ALD, bien qu'elle ne couvre que les soins directement liés à la pathologie ouvrant le droit à l'ALD [21]. De plus, la prise en charge à 100 % dans le cadre de l'ALD n'est possible que pour les HBC ayant une indication de traitement. Cette dernière explique dans notre étude près des trois quarts du non recours à une complémentaire santé. La part restante est plus probablement liée à des freins financiers.

Dans ce travail, l'expérience d'un renoncement aux soins depuis l'arrivée en France est fréquente. Les principales raisons sont financières ou administratives. Quelques études ont également fait état d'une déclaration fréquente du renoncement aux soins pour raison financière parmi les immigrés en France, en particulier quand ils étaient originaires d'ASS ou bénéficiaires de l'AME [16, 22].

L'expérience d'un refus de soins, est quant à lui, rapporté par 9,7 % des participants, le plus souvent en lien avec un refus de la CMU ou de l'AME. La question sur les refus de soins telle que posée ne se limite pas à la prise en charge de l'hépatite B chronique et les refus de soins rapportés ici le sont souvent chez un médecin libéral et ne sont donc pas forcément liés à cette virose chronique. Les refus de soins

liés à la CMU et l'AME ont été rapportés par plusieurs travaux en France [22-26]. Dans une enquête par testing réalisée dans le Val de Marne, 5 % des généralistes (2 % en secteur 1 et 17 % en secteur 2), 41 % des spécialistes, et 39 % des dentistes refusaient des soins au titre que la personne était bénéficiaire de la CMU [27]. Dans l'enquête TeO, un refus de soins était rapporté par 15 % des répondants, sans différence entre les immigrés et la population majoritaire, laissant penser que c'est plutôt le statut de bénéficiaire de la CMU que celui d'immigré qui jouait dans ces discriminations [16]. Ces refus de soins semblaient principalement liés aux contraintes administratives pour obtenir le remboursement, notamment en raison de l'absence de Carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME et à l'interdiction pour le praticien de pratiquer des dépassements d'honoraires [28].

Au-delà du renoncement aux soins et du refus de soins, de multiples autres facteurs peuvent entraver l'accès aux droits et aux soins, parmi eux le manque d'information du bénéficiaire mais aussi des professionnels de santé qui l'accompagnent, la complexité des démarches, la juxtaposition des dispositifs, des délais d'ouverture des droits parfois longs, les difficultés liées à la domiciliation des personnes sans domicile et parfois la barrière de la langue et les difficultés de compréhension [17, 28].

La fréquence élevée du renoncement et dans une moindre mesure du refus de soins parmi les personnes originaires d'ASS vivant avec une HBC, associée à une couverture complémentaire insuffisante signent ainsi une situation d'accès aux soins insuffisant et un risque de sous-médicalisation des problèmes de santé. Les liens qui sont établis avec la précarité confirment la persistance d'inégalités sociales de santé, laissant présager des conséquences pour la santé de l'individu mais aussi un coût social augmenté en cas de détérioration de l'état de santé.

Dans notre étude, l'entrée en soins déclarée est rapide après le diagnostic (dans l'année du diagnostic pour la grande majorité des participants), l'absence de couverture maladie semblant être le principal déterminant du retard à l'entrée en soins. D'après les données de surveillance concernant les nouveaux patients pris en charge en 2008-2009 dans les centres experts en hépatologie, le délai entre le dépistage de l'antigène HBs et la prise en charge était de 2,1 ans pour les personnes nées en Afrique subsaharienne contre 5,8 ans pour ceux nés en France [4]. Ainsi, le lien avec le soin semble s'effectuer plutôt rapidement en France pour les migrants originaires d'ASS chez qui est diagnostiquée une HBC. Ceci pourrait en partie être lié à l'existence de structures spécialisées dans la prise en charge des migrants mais aussi de l'existence de l'AME pour les migrants en situation irrégulière. Cependant, l'absence de

couverture maladie l'année du diagnostic reste un frein à l'entrée en soins. La situation est ainsi bien meilleure que dans beaucoup d'autres pays d'Europe où ces dispositifs n'existent pas, ce qui se traduit par un accès aux soins plus difficile pour les migrants vivant avec une HBC [29].

La principale limite de cette étude est que les participants sont recrutés dans les services de soins. Cela expose à une sélection de la population, laissant de côté les personnes non diagnostiquées, non entrées dans le soin ou en rupture de soins sans avoir repris leur suivi au moment de l'enquête. L'enquête Parcours a cependant l'avantage de décrire la situation et le parcours des personnes originaires d'ASS en cours de suivi pour une HBC y compris dans les structures accompagnant les personnes en situation de précarité. La méthodologie de l'enquête permet d'avoir un échantillon représentatif des migrants subsahariens suivis en Ile-de-France pour une HBC dans les services dédiés. Bien que ces données ne puissent pas être extrapolées à l'échelon national, elles renseignent tout de même sur une proportion importante des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France, 60 % de ces dernières résidant en Île-de-France.

Notre étude ne permet pas d'appréhender l'aspect qualitatif du parcours de soins des migrants vivant avec une HBC. Un volet qualitatif de l'enquête Parcours a été mené à partir de 33 entretiens auprès de patients porteurs du VHB et de 10 soignants et rapporté ailleurs [30]. Elle confirme une méconnaissance importante de l'HBC chez les personnes originaires d'ASS, décrite dans une étude précédente [31]. Cette méconnaissance peut laisser place à la honte et au secret après le diagnostic. Elle souligne également les difficultés de prise en charge et l'insuffisance de la prise en compte des difficultés sociales et personnelles liées à l'infection ou pouvant compliquer l'accès aux soins ou le vécu de la maladie (manque de temps pour l'information et l'accompagnement, insuffisance de l'offre d'accompagnement social, associative, et d'éducation thérapeutique, absence de recours à l'interprétariat professionnel). Enfin, certaines ruptures de soins apparaissent liées à une mauvaise expérience de l'échec d'un traitement par interféron ou à l'inverse à l'incompréhension de l'absence de traitement pour les porteurs inactifs.

## Conclusion

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique accèdent rapidement à une couverture maladie et aux soins en France. Cependant, les

barrières à l'accès aux soins persistent pour les personnes sans couverture maladie ou ayant une couverture insuffisante, mais aussi du fait de refus de prise en charge par certains professionnels de santé des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

### Remerciements

Le groupe ANRS-Parcours est composé de A.D.L., F.L., R.D.-S., N.B., N.L. (coordinateurs scientifiques), J.P., A.R., A.G., N.V., E. Rodary, D. Pourette, J. Situ, P. Revault, P. Sogni, J. Gelly, Y. Le Strat et N. Razafindratsima.

L'étude a été soutenue financièrement par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) et la Direction Générale de la Santé (DGS).

Les auteurs aimeraient remercier tout particulièrement toutes les personnes qui ont participé à la construction de cette étude, le RAAC-Sida, le COMEDE, le FORIM et SOS hépatites pour leur aide à la préparation et à la mise en œuvre de l'enquête, G Vivier, E Lelièvre (INED) et A Gervais (AP-HP) pour leur aide à la préparation du questionnaire, A Guillaume pour les outils de communication, ClinSearch et Ipsos pour le recueil des données, et les équipes de tous les centres participants : Hôpital Beaujon, service d'Hépatologie (A Pumpo, T Asselah, N Guilly, N Boyer, F Mouri, C Castelnau, M Pouteau) ; Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'Hépatologie-Gastroentérologie et de Médecine Interne (T Poynard, Y Benhamou, G Bonyhay, P Lebray, J Massard, J Moussali, V Ratzu, M Rudler, D Thabut, R Pais, E Luckina, A Simon, MC Samba, S Pelletier, N Smail) ; Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatologie-Biliaire (JC Duclos Vallée, D Samuel, A Coilly) ; CHU Henri Mondor, service d'Hépatologie (F Roudot-Thoraval, C Hezode, E Lopes) ; Hôpital Jean Verdier, service d'Hépatologie-Gastroentérologie (V Bourcier, N Ganne, P Nahon, J Cohelo, JC Trinchet, G Gnkontchou, V Grando, S Brulé) ; Hôpital Cochin, unité d'Hépatologie (P Sogni, H Fontaine, V Mallet, S Tripon, A Vallet Pichard, S Pol, M Corouge, M Benazra, A Noble, L Bousquet) ; Hôpital Saint-Antoine, service d'Hépatologie-Gastroentérologie (D Mohand, L Serfaty, N Carbonell, C Corpechot, M Lequoy, H Mathieux-Fortunet, A Pascale, O Rosmorduc, O Chazouillères, S Mezhoud, T Andreani, H Regnault, A Pujol-Robert, F Benjelloun) ; Hôpital Gouin, service d'Hépatologie-Gastroentérologie (S Levy) ; Hôpital Avicenne, services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses (D Roulot, U Warzocha, C Cambonie, O Bouchaud, F Mechai, M Goussef, N Vignier, T Kandel, P Honore) ; CH de Lagny Marne La Vallée, service de Gastroentérologie (F Harnois, G Macaigne, K Fernandes) ; Hôpital Lariboisière, services de Médecine Interne et d'Hépatologie-Gastroentérologie (JF Bergmann, P Sellier, M Bendenoun, JD Magnier, V Ozene) ; Hôpital Tenon,

services d'Hépatologie-Gastroentérologie et de Maladies Infectieuses (D Ance, I Popa-Gregoriou, F Amiot, A Garioud, JD Grangé, D Chaslin-Ferbus, S Gil-Diez, P Bonnard, MG Lebrette, H Cordel, FX Lescure, JP Vincensini, A Adda Lievin, P Thibault, N Velazquez) ; Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, service d'Hépatologie-Gastroentérologie (S Barge, I Rosa, L Costes, L Richier) ; Réseau ARES 92 (A Seif, C Chandemerle, M Lalonde, T Mazars) ; Réseau Paris Nord (JP Aubert, O Taulera) ; Centre de santé du Comede (I Alix, F Fleury, O Lefebvre, P Revault, M Petrucci, C Menard).

Financement : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS).

### Références

1. WHO. Hepatitis B. Fact sheet N°2042015 12/11/2016. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204\\_Jul2014/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204_Jul2014/en/).
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2095-128.
3. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Prevalence of hepatitis B and C in France in 2004]. *Institut de veille sanitaire*; 2007.
4. Lot F, Antoine D, Pioche C, Larsen C, Cazein F, Semaille C. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012(17):25-30.
5. Dray Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, et al. 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. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;19-10:339-46.
6. Enel C, Minello A, Hillon P. [Health professionals' perceptions and screening for hepatitis B and C among migrants: a qualitative study in Cote-d'Or, France]. *Sante Publique*. 2012;24(4):303-15.
7. Pourette D, Enel C. [Representations and disease experience of hepatitis B by Sub-Saharan patients in Ivory Coast and France]. *Sante Publique*. 2014;26(6):869-78.
8. Berchet C. Immigration and health care utilisation in France: New evidence from Health Care and Insurance Survey. *Leda-Legos (mimeo)*; 2011.
9. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*. 2011;170.
10. Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, Williams C, Ali R, Sullivan R, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet*. 2016.

11. Berchet C. [Health care utilisation in France: an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;61 Suppl 2:S69-79.
12. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, *et al*. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill*. 2015;20(46).
13. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, *et al*. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*. 2016;30(4):645-56.
14. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012;22(2):267-71.
15. Gloasguen C, Siruge C. Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état. Assemblée nationale ; 2015.
16. Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série Trajectoires et Origines (TeO) : enquête sur la diversité des populations en France. Documents de travail. 2013;190:50.
17. Chappuis M, Tomasino A, Didier E. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecin du Monde. Rapport 2015 : Médecin du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées ; 2016.
18. Granier A. Précarité et demandes de santé. *Revue Projet*. 2000.
19. Gosselin A, Desgrées du Lou A, Lelievre E, Lert F, Dray Spira R, Lydie N, *et al*. How long do sub-Saharan migrants take to settle in France ? *Population and societies*. 2016;533:1-4.
20. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter ? evidence from France. *Health economics*. 2004;13(7):669-87.
21. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Rochereau T, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. *Questions d'économie de la santé*. 2014;198.
22. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *Études et résultats*. 2008;645:1-8.
23. Despres C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris: une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Paris : Irdes, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2009.
24. Despres C, Couralet PE. Situation testing: the case of health care refusal. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2011;59(2):77-89.
25. Boisguérin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU – mars 2003. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2004.
26. Velissaropoulos A, Drouot N, Simonnot N. « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État dans 10 villes de France. Paris : Médecins du Monde ; 2006.
27. Despres C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Ministère de la santé et des solidarités ; 2006.
28. Le défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la Cmu-C, de l'AcS et de l'Ame. Rapport au premier ministre. Paris : Le défenseur des droits ; 2014.
29. Falla AM, Veldhuijzen IK, Ahmad AA, Levi M, Hendrik Richardus J. Limited access to hepatitis B/C treatment among vulnerable risk populations: an expert survey in six European countries. *Eur J Public Health*. 2016.
30. Pourette D. Améliorer la prise en charge des patients migrants porteurs d'une hépatite B. *La Santé de l'homme*. 2012;422:47-9.
31. Vignier N, Jestin C, Arwidson P. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. *Bull Epidémiol Hebd*. 2009;20-21:212.

## Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France

In France, the public health insurance system has a principle of universality.<sup>1</sup> However, refusal to provide care by health-care professionals has recently emerged as an issue.<sup>2</sup> People living with HIV and vulnerable populations have an increased risk of being denied care.<sup>3,4</sup>

The ANRS-PARCOURS study<sup>5</sup> analyses how health trajectories and social and migratory paths are interlaced for migrants from sub-Saharan Africa living in France. It is a life-event survey that was done in 2012–13 in health-care facilities in the Paris area, among sub-Saharan migrants recruited in primary care centres (n=760; reference group) and in HIV care centres (n=922; HIV group). A trained interviewer administered a face-to-face, standardised, life-event history questionnaire to each participant. When participants answered that they had been denied care, they were asked about the reason for the denial of care. These reasons were categorised by the investigators and then analysed. We weighted the percentage of patients to take into account the study design.

When participants were asked about their experiences with refusal of health-care since their arrival in France and about the reasons underlying refusal, refusal of care was reported more often in the HIV group (119 [12%] of 922 participants) than in the reference group (59 [6%] of 760 participants, p=0.0006; appendix). Denial of care appeared to be more frequent at general practices (6.4% for the HIV group and 3.2% for the reference group) than at hospitals (3.0% and 1.4%) and pharmacies (5.2% and 2.8%; appendix). The main reasons for refusal of care were refusal of the specific health insurance coverage for poor people and undocumented

migrants (28 [40%] of 59 participants in the reference group and 36 [32%] of 119 participants in the HIV group), HIV status (33 [29%] in the HIV group), and being uninsured (16 [26%] in the reference group and 34 [25%] in the HIV group).

In France, two schemes—the Universal Health Insurance Coverage and the State Medical Assistance (created in 1999)—are available for vulnerable populations and for undocumented migrants who were previously excluded from the health insurance system. These two schemes ensure free health care for these populations. Nevertheless, some health professionals deny the beneficiaries.<sup>4,6</sup> The reasons identified for denying care to these patients were mainly about delays in payments and minimal payments,<sup>4,6</sup> discriminatory reasons and fear of contracting HIV have also been reported.<sup>7</sup>

As our survey suggests, refusals to provide health care are too frequent. For migrants who have often encountered many bureaucratic obstacles to benefit from French health insurance dedicated to the poor or the undocumented, being denied access to care by health-care professionals or services is unlawful and should not be tolerated. Refusal of care for migrants with and without HIV needs to be addressed to improve equity in health-care systems. Policymakers, insurance bodies, and health councils must act.

We declare no competing interests. We thank the French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis for funding.

Copyright © The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

\**Nicolas Vignier, Rosemary Dray Spira, Olivier Bouchaud, Annabel Desgrées du Lou, Pierre Chauvin*  
vigniernicolas@yahoo.fr

Sorbonne Universités UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique IPLESP UMR5 1136, Department of Social Epidemiology, Paris, France (NV, RDS, PC); Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France, Department of

Infectious and Tropical Diseases, Melun, France (NV); Sorbonne Paris Cités, IRD, CEPED, ERL INSERM 1244 SAGESUD, Paris, France (ADL); and Paris 13 University, Avicenne Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Department of Infectious and Tropical diseases, and Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS EA 3412), Bobigny, France (OB)

- 1 Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016; **387**: 2236–49.
- 2 Le défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Rapport au premier ministre. Paris: Le défenseur des droits, 2014.
- 3 Douay C, Toullier A, Benayoun S, Castro DR, Chauvin P. Refusal to provide health care to people with HIV in France. *Lancet* 2016; **387**: 1508–09.
- 4 Després C, Couralet PE. Situation testing: the case of health care refusal. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2011; **59**: 77–89.
- 5 Desgrées-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* 2016; **30**: 645–56.
- 6 Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et résultats 2008. [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES\\_juillet\\_2008\\_Les\\_beneficiaires\\_de\\_l\\_AME\\_en\\_contact\\_avec\\_le\\_système\\_de\\_soins.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_juillet_2008_Les_beneficiaires_de_l_AME_en_contact_avec_le_système_de_soins.pdf) (accessed Dec 15, 2017).
- 7 Nostlinger C, Rojas Castro D, Platteau T, Dias S, Le Gall J. HIV-Related discrimination in European health care settings. *AIDS Patient Care STDS* 2014; **28**: 155–61.



See Editorial page e1

See Online for appendix

## Table des illustrations

Figure 1 : Répartition de la population française et immigrée.....	16
Figure 2 : Évolution de la population immigrée en France par région d'origine.....	18
Figure 3 : Accès aux soins aux différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique.....	24
Figure 4 : Taux standardisés des hommes et femmes bénéficiaires de l'Affection Longue Durée et part des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb en 2014 en Ile-de-France .....	52
Figure 5 : Pourcentage de diagnostics de l'infection par le VIH à un stade avancé en Ile-de- France en 2016 .....	55
Figure 6 : Cascade de soins de l'infection par le VIH en France et durée estimée entre les différentes étapes de soins en 2008-2010 par populations clés.....	56
Figure 7 : Construction des échantillons de l'enquête Parcours .....	65
Figure 8 : Taux de participation à l'enquête selon le groupe de population .....	67
Figure 9 : Questionnaire biographique ANRS-Parcours : Extraits de la fiche AGEVEN (historique résidentiel).....	70
Figure 10 : Répartition des individus enquêtés selon leurs pays d'origine.....	73
Figure 11 : Structuration de l'échantillon du Baromètre santé 2010 .....	85
Figure 12 : Origine des participants au Baromètre santé 2010 .....	87
Figure 13 : Pays de naissance des immigrants participant au Baromètre Santé 2010.....	87
Figure 14 : Renoncement aux soins depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS Parcours...	101
Figure 15 : Motifs du renoncement aux soins depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS- Parcours.....	101
Figure 16 : Renoncement aux soins pour raisons financières depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS-Parcours.....	102
Figure 17 : Demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France, Enquête ANRS Parcours .....	155
Figure 18 : Obtention d'un titre de séjour pour raison de santé parmi ceux en ayant fait la demande, Enquête ANRS Parcours.....	155
Figure 19 : Obtention d'un titre de séjour pour raison de santé (ensemble des personnes interrogées, Enquête ANRS Parcours .....	155
Figure 20 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France (analyse multivariée par régression logistique, n=2395) .....	156
Figure 21 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France parmi les PVVIH (analyse multivariée par régression logistique, n=841) .....	157
Figure 22 : Facteurs associés à une demande de titre de séjour pour raison de santé depuis l'arrivée en France parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique (analyse multivariée par régression logistique, n=733) .....	157

## Table des tableaux

Tableau 1: Proportion d'acceptation des structures de santé sollicitées .....	64
Tableau 2: Description de la population au moment de l'enquête.....	72
Tableau 3: Expériences de précarité au cours du séjour en France.....	77
Tableau 4: Structure de l'échantillon du Baromètre Santé 2010 .....	83
Tableau 5: Caractéristiques des participants en fonction des différents échantillons, Baromètre Santé 2010 .....	86
Tableau 6: Caractéristiques, avantages et limites des enquêtes ANRS Parcours et Baromètre Santé 2010.....	92
Tableau 7: Caractéristiques des participants, Enquête ANRS-Parcours .....	100



## **Table des encadrés**

Encadré 1 : Textes internationaux et nationaux traitant de l'accès aux soins	24
Encadré 2 : Textes de référence du système de protection social français	27
Encadré 3 : Ce que disent la loi sur les refus de soins	44

## **Barrières et facteurs favorisant l'accès aux soins des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne en France. Une comparaison en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH et du VHB**

Les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) sont souvent exposés à des périodes de précarité et sont également une des populations les plus touchées par les infections par le VIH et le VHB. L'objectif de cette thèse était d'étudier leur accès aux soins en fonction de leur statut vis-à-vis du VIH ou le VHB.

L'enquête ANRS-Parcours a été réalisée auprès de 2468 immigrants d'ASS vivant en Ile-de-France. Elle a utilisé une grille biographique analysée à l'aide de modèles de régression logistique à temps discret. L'enquête Baromètre santé 2010 a interrogé 27 653 personnes vivant en France dont 9% d'immigrants.

Les immigrants subsahariens accèdent à une couverture maladie l'année de leur arrivée en France, mais un sur dix n'en disposait toujours pas trois ans après l'arrivée (plus souvent en l'absence de droit au séjour). Ils renoncent plus souvent aux soins pour raisons financières que la population majoritaire. Ce constat est aggravé par des refus de prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C ou l'AME et des participants vivant avec le VIH. L'entrée en soins a lieu la même année que celle du diagnostic. La probabilité d'avoir fait une demande de titre de séjour pour raison de santé était plus élevée parmi les participants vivant avec le VIH.

Les difficultés que peuvent rencontrer les immigrants dans la prise en charge de leurs maladies dépendent de leur situation sociale qui peut varier selon les étapes de la vie. Dans des vies marquées par une migration, ces situations sociales diffèrent selon les raisons et les conditions d'arrivée en France, selon le statut du séjour en France (avoir ou pas un titre de séjour, le droit de travailler...) et la façon dont celui-ci évolue.

Mots clés : [Accès aux soins, Immigrants, Afrique subsaharienne, VIH, Hépatite B chronique, Refus de soins]

### **[Factors influencing ability to access to health care among sub-Saharan African migrants living in France: a comparison according to their HIV and HBV status]**

Immigrants from sub-Saharan Africa (SSA) are often exposed to periods of precariousness after arriving in France and are also one of the most affected populations by HIV and HBV infections. The aim of this thesis was to study the access to care of SSA immigrants according to their HIV or HBV status.

The ANRS-Parcours survey was conducted among 2,468 SSA immigrants living in Paris area and the Baromètre santé 2010 among 27,653 people living in France. The Parcours survey used a biographical grid to collect indicators year after year analysed with a discrete-time logistic regression method.

Sub-Saharan immigrants have access to health insurance coverage the year they arrived in France, but one in ten still did not have one three years after their arrival (more often in the absence of a permit of residence). They are more exposed to unmet health care needs than the rest of the population in France. This finding is aggravated by refusals to provide healthcare for participants covered by the specific health insurance for precarious or undocumented migrants and people living with HIV. The linkage to care takes place the year of the diagnosis. The likelihood of applying for a medical residence permit was higher among participants living with HIV.

Social situations, which can change over time, affect the ability of immigrants to access health care. In the context of immigration, these social situations differ according to the reasons and conditions of arrival in France, depending on the status of the stay in France (having or not a residence permit, the right to work ...) and the way in which it evolves.

Keywords: [Healthcare access, Immigrants, Sub-Saharan Africa, HIV, Hepatitis B, Refusal of care]