

TUNISIE

HAMMAMET

du 19 | nov.
au 21 | 2021

4^e édition

AFRAMED

2021

VIH, Hépatites, Santé sexuelle
Infections émergentes

Vivre en France et être né à l'étranger

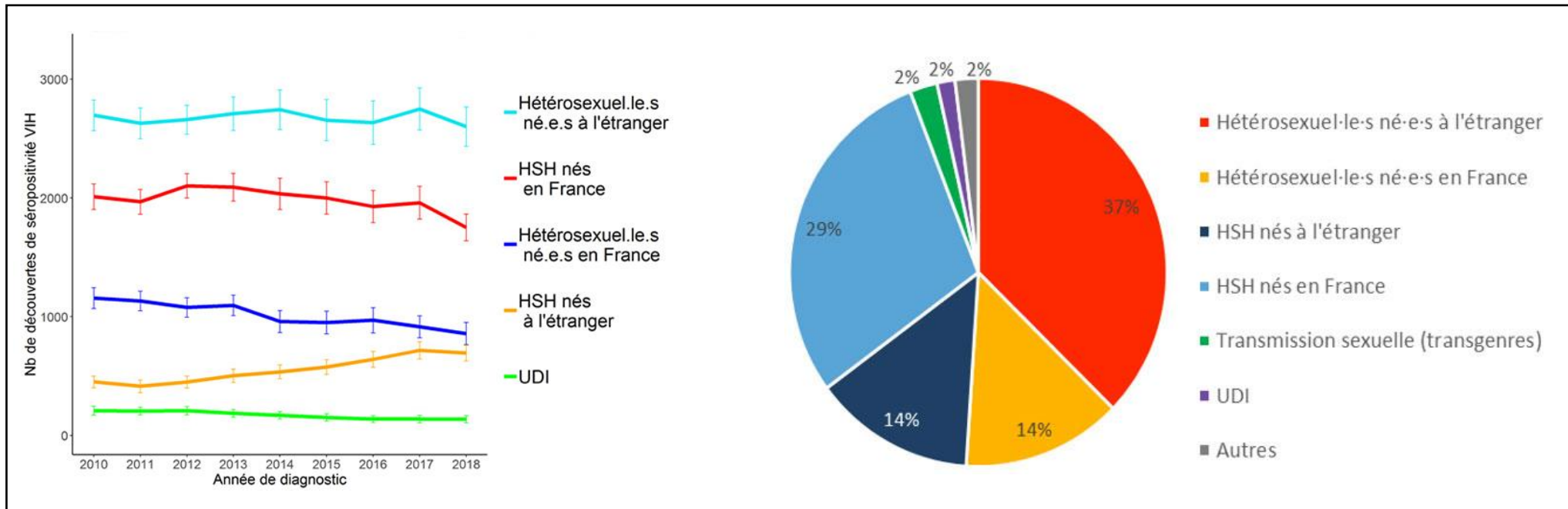
Session : populations clés, vulnérables

Dr Romain PALICH

Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP
Service de Maladies Infectieuses
Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé
Publique (iPLESP), INSERM UMR-S 1136

- **Quelle est la proportion de patient(e)s né(e)s à l'étranger parmi les découvertes d'infection à VIH, et actuellement suivi(e)s en France ?**
- **D'où viennent ces patient(e)s ?**
- **Quelles sont les situations socio-économiques de ces patient(e)s ?**
- **Quel a été l'impact de la migration sur le mode de vie, sur le suivi de l'infection à VIH ?**
- **L'acquisition du VIH s'est-elle faite avant ou après l'arrivée en France ?**
- **Y a-t-il des différences dans les stratégies ARV prescrites en fonction du pays de naissance ?**

- **6200 découvertes d'infection à VIH en 2018**



- **73% des hétérosexuels sont nés à l'étranger (dont 79% en Afrique sub-saharienne, et 64% étant des femmes)**
- **32% des HSH sont nés à l'étranger**

Patients actuellement suivis :

origine	TOTAL		PSL		SAT		TNN	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
France (+DOM TOM)	6101	55,16%	2130	49,02%	2330	60,84%	1641	56,76%
Afrique Sub-Saharienne	3349	30,28%	1491	34,32%	990	25,85%	868	30,02%
Maghreb et Moyen-Orient	503	4,55%	238	5,48%	134	3,50%	131	4,53%
Europe Occidentale (hors France)	330	2,98%	137	3,15%	128	3,34%	65	2,25%
Amérique Latine	216	1,95%	84	1,93%	84	2,19%	48	1,66%
ASIE	202	1,83%	113	2,60%	53	1,38%	36	1,25%
Europe de l'Est	142	1,28%	71	1,63%	38	0,99%	33	1,14%
Caraïbes (hors DOM et TOM)	147	1,33%	47	1,08%	48	1,25%	52	1,80%
Amérique du Nord (USA, Canada)	71	0,64%	33	0,76%	21	0,55%	17	0,59%
Autres	32	0,29%	1	0,02%	4	0,10%		0,00%
total renseignés	11061	98,89%	4345	98,26%	3830	99,35%	2891	99,42%
nd	124	1,11%	77	1,74%	25	0,65%	17	0,58%
FA	11185		4422		3855		2908	

Quelle origine pour les HSH « nés à l'étranger » ?

Centre	Zone géographique						
	Est-Asiatique et Pacifique	Europe et Asie Centrale	Amérique Latine et Caraïbes	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Amérique du Nord	Asie du Sud	Afrique Sub-Saharienne
Ambroise Paré	8	8	180	5	0	0	7
Georges Pompidou	9	69	56	54	10	2	23
Lariboisière	7	29	29	20	3	4	31
Saint-Antoine	41	99	87	75	16	1	39
Bichat	21	42	169	50	5	0	40
Hôtel-Dieu	9	27	15	17	4	3	12
Necker	9	21	13	15	5	1	9
Saint-Louis	48	126	105	91	10	5	65
Cochin	22	26	22	36	4	1	10
Kremlin-Bicêtre	7	25	18	16	1	0	13
Pitié-Salpêtrière	36	86	62	82	22	3	35
Tenon	18	57	57	42	4	2	34
TOTAL	235 (9%)	615 (24%)	813 (32%)	503 (19%)	84 (3%)	22 (1%)	318 (12%)

Patients suivis en
2018 en Ile-de-France
n=2594



RESEARCH ARTICLE

Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France

Lise Marty¹, Françoise Cazein², Henri Panjo^{3,4}, Josiane Pillonel², Dominique Costagliola¹, Virginie Supervie¹  and the HERMETIC Study Group*

	Incidence VIH pour 10000 sujets (IC95%)	Prévalence de l'infection VIH « cachée » pour 10000 sujets (IC95%)
HSH nés à l'étranger	182 (131-243)	480 (353-663)
HSH nés en France	105 (80-128)	270 (210-343)
Femmes hétérosexuelles nées en ASS	25 (21-29)	92 (79-104)
Femmes hétérosexuelles nées en France	0,2 (0,2-0,3)	0,9 (0,7-1,1)

Marqueurs socio-économiques (VESPA)

Patients suivis en
 2011 en France
n=3022

	Population globale			Par groupe socio-épidémiologique en 2011							
	2003 (N=2 932)	2011 (N=3 022)	p*	HSH (N=1 337)	Hommes UDI (N=199)	Femmes UDI (N=124)	Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne (N=176)	Femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (N=425)	Autres hommes (N=365)	Autres femmes (N=396)	p**
Situation d'emploi (parmi les moins de 60 ans)											
Actif en emploi	55,6	58,5	<0,001	69,2	35,8	18,2	59,0	53,9	62,9	57,4	<0,001
Actif sans emploi	10,8	13,0		7,9	9,3	11,4	24,7	24,8	9,7	9,9	
Invalidité	21,3	19,4		16,5	48,9	58,3	5,8	9,5	18,6	19,7	
Retraite	1,2	1,7		2,3	0,6	0,7	0,0	0,3	3,3	2,7	
Autre sans emploi	11,1	7,4		4,1	5,4	11,4	10,5	11,7	5,5	10,3	
Revenu par unité de consommation en euros (médiane [IIQ])	1 220 [762-1 829]	1 333 [833-2 000]	0,001	2 000 [1 267-2 667]	1 000 [800-1 533]	1 000 [733-1 400]	964 [600-1 200]	783 [533-1 130]	1533 [1 000-2 150]	1 300 [800-2 000]	<0,001
Sources de revenus											
Minima sociaux (parmi les moins de 60 ans)											
Allocation adulte handicapé (AAH)	20,0	17,5	0,07	11,0	37,5	49,4	10,9	16,5	13,9	21,3	<0,001
Revenu de solidarité active (RSA)	4,5	6,5	0,01	3,2	2,8	7,4	3,5	15,4	5,8	8,5	<0,001
Pension d'invalidité	8,4	8,7	0,17	9,5	19,2	17,5	0,7	1,1	10,7	10,3	<0,001
Situation financière perçue											
Difficile	28,7	31,6	0,004	18,2	43,3	48,7	49,4	55,9	20,2	31,1	<0,001
Juste	29,6	31,9		30,4	33,9	31,2	29,4	34,4	32,0	34,3	
Bonne	41,7	36,5		51,4	22,8	20,1	21,2	9,7	47,8	34,6	
Privations alimentaires	20,4	20,6	0,85	12,0	26,8	40,3	28,9	34,3	16,1	19,8	<0,001
Statut d'occupation du logement											
Propriétaire d'un logement personnel	28,2	31,6	0,009	44,2	19,6	23,6	4,1	6,3	45,5	35,6	<0,001
Locataire d'un logement personnel	57,7	57,1		48,6	63,8	67,1	77,4	73,3	42,3	58,5	
Hébergé(e) par des proches	11,1	8,6		6,3	14,4	8,9	9,6	14,4	10,5	3,0	
En foyer ou centre d'hébergement	2,0	2,2		0,7	1,8	0,4	5,9	5,4	1,3	2,2	
Sans domicile	1,0	0,6		0,2	0,4	0,1	3,0	0,6	0,4	0,7	

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogue par injection ; IIQ : intervalle interquartiles.* p-value de la comparaison entre la population globale de 2003 et de 2011 ;

* p-value de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques en 2011.

- Programme d'intervention ayant pour but d'identifier les patients à risque de rupture de suivi et d'échec thérapeutique, de les maintenir dans le soin et d'assurer la suppression virologique sous traitement antirétroviral

Etape 1

Identifier les patients en échec virologique

- Perdus de vue
- Avec un évènement classant SIDA en contexte de rupture de traitement
- En situation de vulnérabilité*

*au moins un facteur de vulnérabilité parmi :
 - Pas de couverture sociale, pas de logement stable
 - Migrants arrivés en France depuis moins de 6 mois
 - Situation de fragilité (période post-partum, maladie psychiatrique, consommateurs actifs de drogues ou d'alcool)

Age, années, médiane (IQR)	42 (34 – 52)
Femmes, n (%)	54 (54)
Pays de naissance, n (%)	
• Afrique sub-saharienne	74 (67)
• France	24 (22)
• Autres	12 (11)
Mode de transmission, n (%)	
• HSH	7 (6)
• Hétérosexuel	77 (70)
• Injection de drogues IV	16 (15)
• Autres	10 (9)
Situation administrative irrégulière, n (%)	41 (37)
Absence de couverture sociale, n (%)	25 (23)
Absence de logement stable, n (%)	79 (72)
Histoire VIH	
• Délai depuis le diagnostic, années, médiane (IQR)	11 (5-20)
• Durée d'exposition au traitement ARV, années, médiane (IQR)	8 (2-17)
• Durée d'interruption du traitement ARV, moi, médiane (IQR)	14(7-33)
Paramètres immuno-virologiques à l'inclusion	
• ARN-VIH (log ₁₀ copies/mL)	3,3 (2,3-4,7)
• Numération CD4 (/mm ³)	190 (97-384)

Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013

A Desgrées-du-Loû^{1,5}, J Pannetier^{1,5}, A Ravalihasy^{1,5}, A Gosselin^{1,5}, V Supervie², H Panjo³, N Bajos^{3,5}, F Lert^{3,5}, N Lydié^{4,5}, R Dray-Spira^{2,5}, The Parcours Study Group⁵

Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France

Annabel Desgrées-du-Lou^{a,b}, Julie Pannetier^b, Andrainolo Ravalihasy^b, Mireille Le Guen^{b,c}, Anne Gosselin^b, Henri Panjo^c, Nathalie Bajos^c, Nathalie Lydié^d, France Lert^c, Rosemary Dray-Spira^e, the PARCOURS Study Group

Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems

Frédérique Limousi^{1*}, France Lert², Annabel Desgrées du Loû³, Rosemary Dray-Spira⁴, Nathalie Lydié¹, PARCOURS Study Group¹¹

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

Nicolas Vignier^{1,2*}, Annabel Desgrées du Loû³, Julie Pannetier³, Andrainolo Ravalihasy³, Anne Gosselin³, France Lert⁴, Nathalie Lydié⁵, Olivier Bouchaud⁶, Rosemary Dray Spira¹, the PARCOURS Study Group¹¹

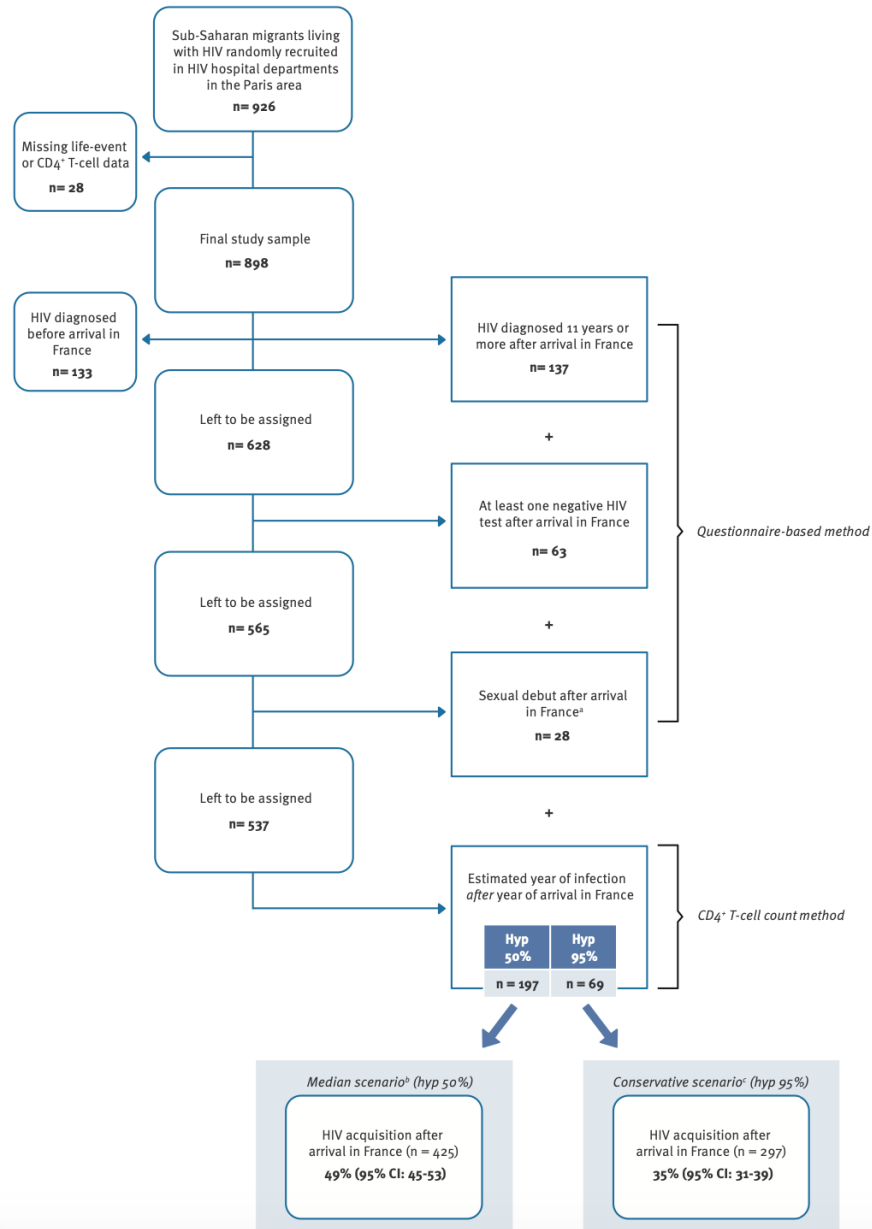
Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study

Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Nathalie Lydié, France Lert, Annabel Desgrées du Loû, on behalf of the Parcours study group

Access to employment among African migrant women living with HIV in France: opportunities and constraints

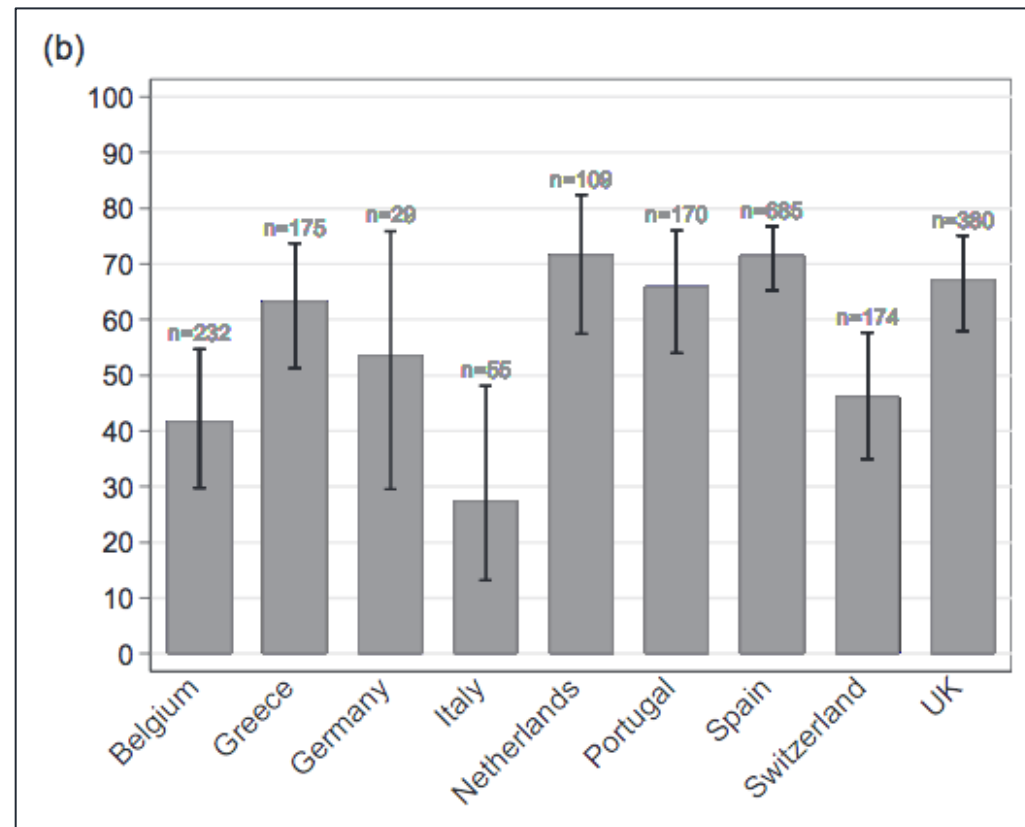
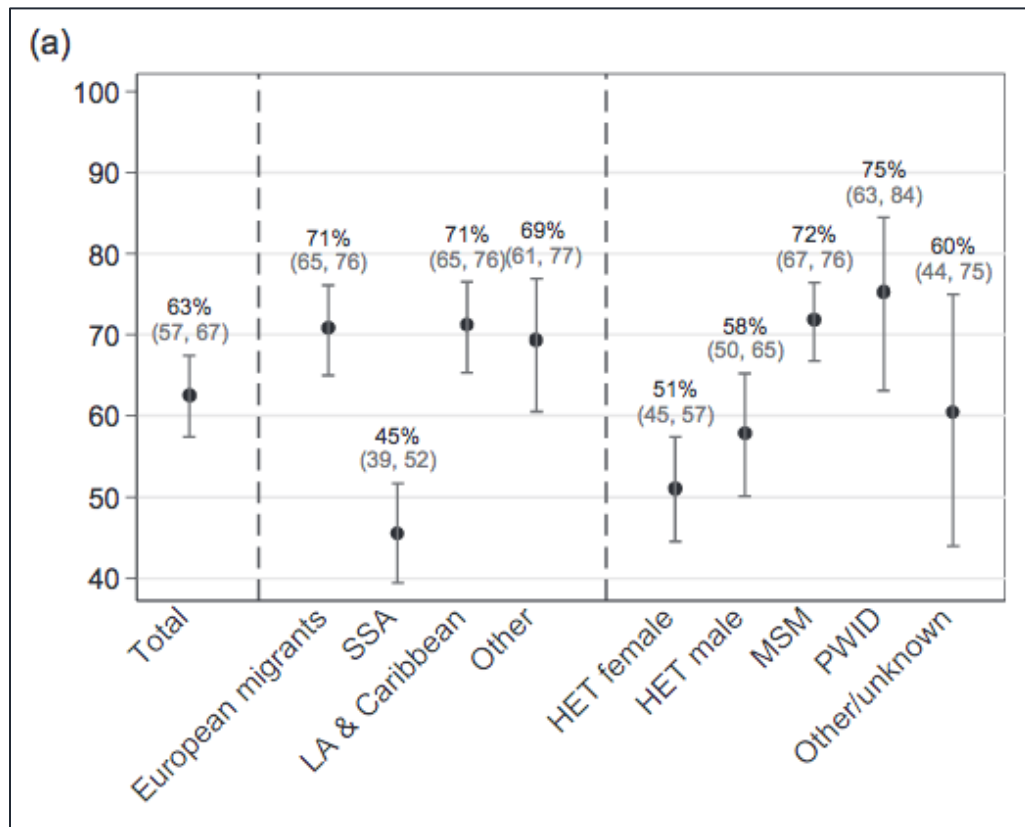
Marjorie Gerbier-Aublanc^a, Anne Gosselin^{a,b} and The PARCOURS Study Group[†]

Acquisition du VIH avant/après la migration



- **Modèle mathématique permettant d'estimer la date de l'acquisition du VIH (et selon la date d'arrivée en France : acquisition su VIH avant / après)**
- **Modèle basé sur la pente de décroissance des CD4 en l'absence de traitement**
- **Variables : date d'arrivée en France, première valeur de CD4 disponible en France (et date)**
- **Uniquement pour les patient(e)s chez qui l'information n'est pas connue**
- **Variables : diagnostic connu avant l'arrivée, âge des premiers rapports sexuels, tests négatifs en France**
- **Dans l'étude ANRS PARCOURS : 35%-49% d'acquisition du VIH en France**

Selon le groupe de transmission et le pays :



Entre 50 et 70% d'acquisition du VIH post-migration

1

Estimer le taux d'acquisition du VIH post-migration parmi les HSH nés à l'étranger, séropositifs pour le VIH et suivis en Ile-de-France, et chercher des associations avec des facteurs de surexposition au VIH

2

Estimer dans quel délai après l'arrivée en France survient l'infection, pour ceux qui ont été infectés en France

3

Identifier les motivations de la migration chez ces HSH nés à l'étranger

4

Déterminer les facteurs de vulnérabilité au regard de l'infection à VIH, incluant les inégalités sociales de santé dans le pays d'origine, au cours du parcours migratoire et en France

5

Décrire les éventuels contacts avec le soin avant le diagnostic du VIH et le contexte du diagnostic avec le VIH

Critères d'inclusion :

- Hommes cisgenres déclarant avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes
- De plus de 18 ans
- Infectés par le VIH de type 1
- Nés dans un autre pays que la France et arrivés en France à l'âge de 15 ans au plus tôt
- Suivis en Ile-de-France pour leur infection par le VIH et ayant consulté au moins une fois dans le centre participant au cours des 12 derniers mois
- Ayant accordé leur consentement éclairé à la recherche

- **Les patients migrants, en comparaison aux patients « natifs » présentent fréquemment une évolution de leur maladie VIH moins favorable**
[Ross, *Curr Opin Infect Dis*, 2018]
- Cette évolution inclue une fréquence accrue d'évènements classant sida et des CD4 plus bas à l'entrée dans le soin
[Zeitlmann, *BMC Infect Dis*, 2016 ; Sheehan, *AIDS Care*, 2015 ; Sheehan, *AIDS Care*, 2017 ; Ross, *AIDS Care*, 2017 ; Tilley, *AIDS Care*, 2015]
- Mais également un plus grand risque d'être « perdu de vue »
[Pecoraro, *AIDS Care*, 2013 ; Hall, *JAIDS*, 2012 ; van Andel, *AIDS Care*, 2016 ; Cuzin, *JAC*, 2021]
- Un plus grand risque de mauvaise adhérence au traitement ARV, avec plus de ruptures de traitement, et une plus grande probabilité de présenter des échecs virologiques
[McFall, *JAIDS*, 2013 ; D'Almeida, *Antivir Ther*, 2016 ; Saracino, *CID*, 2016 ; Reyes-Urueña, *Epidemiol Infect*, 2017 ; Taylor, *AIDS Patient Care STDs*, 2014 ; Gatey, *HIV Med*, 2019]

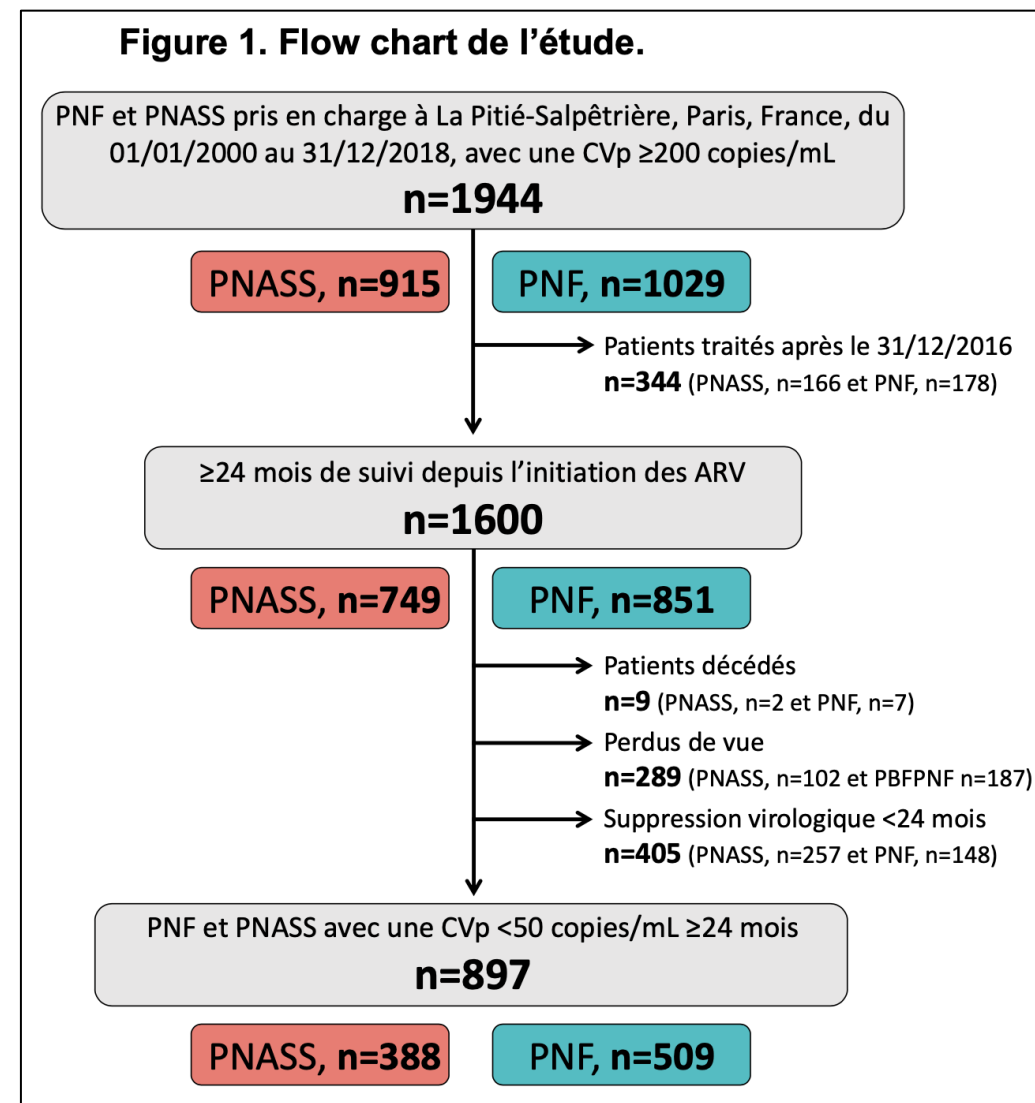
Objectif :

Comparer les stratégies ARV dans un centre de prise en charge français entre des patients infectés par le VIH-1 nés en France (PNF) et nés en Afrique sub-saharienne (PNASS)

- Chez les patients naïfs de traitement
- Chez les patients virologiquement contrôlés

Méthodes :

- Étude observationnelle monocentrique (Pitié-Salpêtrière)
- Analyse uni- et multivariée (régression logistique) pour comparer les stratégies en ajustant sur les facteurs confondants



Chez les patients naïfs de traitement :

Tableau 1. Caractéristiques des patients à l'entrée dans le soin.

	PNASS, n=915	PNF, n=1029	p-value*
Genre			<0.001
- Femmes	534 (59.2%)	116 (11.3%)	
- Hommes	381 (41.6%)	913 (88.7%)	
Age, années	35 (28-42)	37 (30-45)	<0.001
Co-infection par le VHB	91 (10.0%)	15 (1.5%)	<0.001
Année de diagnostic VIH			<0.001
- 2000-2006	392 (42.8%)	333 (32.4)	
- 2007-2012	291 (31.8%)	412 (40.0%)	
- 2013-2018	232 (25.4%)	284 (27.6%)	
Mode de transmission du VIH			<0.001
- Hétérosexuel	787 (86.0%)	264 (25.7%)	
- Homosexuel	30 (3.3%)	685 (66.6%)	
- Autre	98 (10.7%)	80 (7.7%)	
CDC stade C	200 (21.9%)	140 (13.6%)	<0.001
CD4, cellules/mm ³	231 (124-351)	345 (206-495)	<0.001
CVp préthérapeutique			0.226
- ≤50 000 copies/mL	341 (46.4%)	321 (42.9%)	
- 50-100 000 copies/mL	142 (15.5%)	142 (13.8%)	
- >100 000 copies/mL	356 (38.9%)	438 (42.6%)	
Délai entre la première consultation et la mise sous traitement ARV, mois	1.7 (0.7-7.2)	2.23 (0.6-18.6)	0.034

* Chi-2 ou test de Student.

Tableau 2. Stratégies ARV à l'initiation.

	PBSSA, n=915	PBF, n=1029	p-value ajustée*
INTI	899 (98.3%)	1005 (97.7%)	0.95
INNTI	202 (22.1%)	272 (26.4%)	0.32
IP/r	534 (58.4%)	486 (47.2%)	0.032
INI	119 (13.0%)	244 (23.7%)	0.005

* Modèle multivarié de Cox.

En analyse multivariée, après ajustement, les stratégies ARV à l'initiation différaient en fonction du pays de naissance: les PNASS recevaient plus d'IP/r (OR 1.34; IC95% 1.03-1.76; p=0.032) et moins d'INI (OR 0.58; IC95% 0.39-0.85; p=0.005)

Chez les patients virologiquement contrôlés :

Tableau 3. Stratégies ARV chez les patients virologiquement contrôlés depuis au moins 24 mois.

	PNASS, n=388	PNF, n=509	p-value ajustée*
INTI	356 (92%)	447 (88%)	0.02
INNTI	167 (43.0%)	207 (40.7%)	0.95
IP/r	71 (18.3%)	47 (9.2%)	0.47
INI	142 (18.3%)	228 (44.8%)	0.18
Régime ARV « allégé »	90 (23.2%)	207 (40.7%)	0.001
- Monothérapie	12 (3.1%)	24 (4.7%)	0.10
- Bithérapie	61 (15.7%)	118 (23.2%)	0.09
- Prise en 5 ou 4 jours par semaine (intermittent)	18 (4.7%)	76 (14.9%)	0.008

* Modèle ajusté de Cox.

En analyse multivariée, l'utilisation des différentes familles antirétrovirales ne différait pas en fonction du pays de naissance, sauf pour les INTI : **OR 2.16; 95%CI 1.15-4.05; p=0.02**

D'autre part, l'utilisation des "traitement allégés" était moins fréquente chez les PNASS que chez les PNF (**HR 0.46; IC95% 0.30-0.70; p<0.001**), de même pour les traitements intermittents quand ils étaient analysés indépendamment des autres stratégies (**OR 0.37; IC95% 0.18-0.77; p=0.008**). En revanche, il n'y avait pas de différence statistique significative dans la distribution des mono- et des bithérapies

- **Prédominance de patientes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne, parmi les PVVIH nés à l'étranger suivis en France**
- **Origines géographiques beaucoup plus variées pour les HSH nés à l'étranger**
- **Forte acquisition du VIH après l'arrivée en France**
- **Cumul de vulnérabilités, précarité socio-économique avec un impact fort sur l'exposition au VIH et sur toute la cascade de soin**
- **Travail nécessaire auprès des cliniciens sur les stratégies ARV utilisées en fonction du pays de naissance**

ÉQUIPE VIROLOGIE

Prof. Anne-Geneviève MARCELIN
Prof. Vincent CALVEZ
Dr. Cathia SOULIE
Dr. Elisa TEYSOU
Dr. Basma ABDI
Dr. Marc WIRDEN
Sophie SAYON
Dr. Aude JARY
Dr. Eve TODESCO

ÉQUIPE MALADIES INFECTIEUSES

Prof. Christine KATLAMA
Prof. Valérie POURCHER
Dr. Marc-Antoine VALANTIN
Dr. Roland TUBIANA
Dr. Luminita SCHNEIDER
Dr. Sophie SEANG
Dr. Baptise SELLEM
Dr. Antoine FAYCAL
Elise CHARBONNIER
Christine BLANC
Yasmine DUDOIT
Ludovic LENCLUME
Naima HAMANI
Naoual QATIB
Imane QZAIBRI
Rachid AGHER