

Commentaire

« On n’arrive pas à les toucher » : la PrEP, les migrant.e.s africain.e.s et la production de l’ignorance

Sarah Demart 

Résumé : Quelques années après sa mise sur le marché, on réalise que la PrEP (la prophylaxie pré-exposition) touche peu de monde, y compris dans le Nord global qui est son lieu principal de distribution. Les migrant.e.s africain.e.s, le groupe le plus touché par l’épidémie après les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH), ne l’utilisent quasiment pas et ne le connaissent généralement pas. Cet article invite à considérer la non-utilisation de la PrEP par les migrant.e.s africain.e.s non pas comme un problème tributaire du public cible, mais comme un effet de l’ignorance produite par « l’industrie du sida » à l’endroit de ce public. L’ignorance est ici comprise comme une production active à l’articulation d’enjeux pharmaceutiques, politiques et épistémiques donnant à voir des choix de non-recherche, là où des connaissances pourraient être utiles pour le public concerné.

Mots clés : PrEP, migrants africains, VIH/SIDA, catégorisations, ignorance, invisibilité, Belgique, France

L’usage des traitements antirétroviraux comme outils de prévention constitue un changement de paradigme majeur dans l’épidémie du VIH/sida. Les personnes séropositives ne transmettent plus le virus lorsque leur charge virale devient indétectable et le risque de contracter le virus chez des personnes séronégatives exposées au virus est quasiment nul lorsqu’elles ont recours à un traitement pré-exposition (1).

Cependant, l’utilisation de ces traitements est loin d’être généralisée. Quelques années après sa mise sur le marché (2012 aux États-Unis, 2016 en France, 2017 en Belgique), on réalise que la PrEP (la prophylaxie pré-exposition) touche peu de monde, y compris dans le Nord global qui est son lieu principal de distribution. Et ce, même en France où le traitement est complètement gratuit (en Belgique, il est remboursé sous certaines conditions). En France et en Belgique, environ 98% des utilisateurs sont des hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH). Les migrant.e.s africain.e.s (2), le groupe le plus touché par l’épidémie, après les HSH, ne

l’utilisent quasiment pas et ne le connaissent généralement pas. Cet article invite à considérer la non-utilisation de la PrEP par les migrant.e.s africain.e.s non pas comme un problème tributaire du public cible, mais du point de vue de l’ignorance produite par « l’industrie du sida » à l’endroit de ce public (3). L’ignorance est ici comprise comme une production active à l’articulation d’enjeux pharmaceutiques, politiques et épistémiques donnant à voir des choix de non-recherche, là où des connaissances pourraient être utiles pour le public concerné (4).

La PrEP et les migrant.e.s africain.e.s : « on n’arrive pas à les toucher »

Face au constat de la non-utilisation de la PrEP par les migrant.e.s africain.e.s, la recherche s’est mise à questionner les attitudes des migrant.e.s africain.e.s face à la PrEP (5) ou les freins à son utilisation. La méconnaissance de l’outil est très rapidement ressortie comme un point de départ

Observatoire du sida et des sexualités, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgium.

Correspondance à : Dr Sarah Demart, Chargée de recherches/ Research Fellow, Observatoire du sida et des sexualités, Université libre de Bruxelles, av. Franklin Roosevelt, 50, Bruxelles, 1050, Belgium. Email : Sarah.demart@ulb.be

(Ce manuscrit a été soumis le 6 novembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 20 octobre 2021.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 0(0): 1–4; 1062133 Copyright © The Author(s) 2022, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/17579759211062133 journals.sagepub.com/home/ghp

pour questionner d'une part, les prédispositions ou, d'autre part, les conditions de possibilité de parcours d'accompagnement de adaptés à ce public et de stratégies d'intervention ciblées (6–8).

Cette littérature montre que si les attitudes des migrant.e.s face à la PrEP sont souvent positives, l'intention d'une utilisation et l'utilisation elle-même demeurent marginales. Cela renvoie aux causes structurelles qui rendent la PrEP inaccessible, telles que l'accès limité, ou le nonaccès aux soins des primo-arrivant.e.s, la pauvreté ou l'expérience de traumas. En filigrane, il ressort que les raisons qui conduisent à identifier un groupe comme étant plus susceptible de bénéficier des avantages de la PrEP peuvent être les mêmes qui rendent son utilisation compliquée voire improbable. Par exemple, les femmes victimes de violences domestiques qui ne peuvent négocier l'utilisation du préservatif : si la PrEP permet de s'abstraire du consentement du partenaire, elle nécessite en revanche une disponibilité mentale et matérielle pour prendre soin de soi. Ce qui n'est pas nécessairement le cas dans une situation de dépendance et/ou de violence (5). Ou encore, pour les primo-arrivant.e.s. La migration génère une précarité matérielle et juridique qui surexpose au risque d'infection par le VIH. La PrEP permet d'anticiper des prises de risque liées à cette précarité (négocier un rapport sexuel contre un hébergement), mais elle suppose aussi un management de soi et du quotidien qui n'est pas nécessairement possible lorsque l'on ne sait pas où l'on va dormir, ni ce que l'on va manger. Ce qui conduit Carillon et Gosselin à dire que « les inégalités sociales sont un impensé de la PrEP » (9).

Essais cliniques : de la minorisation du genre et de l'impensé de la migration

L'impensé des inégalités sociales trouve à s'éclairer de la manière dont les femmes, notamment africaines, ont été, et sont incluses dans les essais cliniques sur la PrEP. Pour Patton et Kim (10), la question de l'observance émerge dès 2010–11, au cours des essais menés en Afrique et en Amérique latine. Elle est cependant renvoyée à une question mineure. Les essais pour les femmes, disent-elles, sont interrompus parce qu'ils remettent en cause le succès des résultats pour les HSH et l'approbation du traitement; ceci, dans un contexte de plaidoyer activiste gay et

d'homophobie structurelle. L'absence de résultats convaincants pour les femmes est mis sur le compte de leur manque d'adhérence. Par la suite, les femmes, et les migrant.e.s d'origine africaine, seront quasiment rendus absent.es des essais et études pour l'implémentation de la PrEP en Europe. C'est le cas d'Ipergay en France (11), de Be-PrEP-ared en Belgique (2,12) ou d'AMPrEP aux Pays-Bas (13). Tandis qu'en Grande-Bretagne, l'essai Proud (2015), qui visait au départ les HSH, les femmes transgenres et les migrant.e.s subsaharien.ne.s, débouche sur un discours de prévention à destination quasi exclusive des HSH (14).

Autrement dit, la distribution globale des essais répartissant grosso modo les HSH dans le Nord et les femmes dans le Sud conduit à ne pas inclure les migrant.e.s hétérosexuel.le.s et donc à ne pas réfléchir à la migration comme facteur de risque et/ou d'adhérence. Comme si au fond, être d'origine africaine était équivalent à être migrant.e d'origine africaine en Europe (15). Rien n'est moins sûr.

La minorisation associative et militante des migrant.e.s

Depuis 2015 (16), on sait qu'environ 40 % des infections des migrant.e.s ont lieu sur le territoire européen. Autrement dit, la migration est un facteur de risque, sur la route comme à l'arrivée.

Le lien entre VIH et migration est, par ailleurs, loin d'être nouveau d'un point de vue épidémiologique. Dès la fin des années 1990, des mouvements associatifs portés par des migrant.e.s prennent forme, en Belgique (17,18) comme en France (19). Cependant, ils ne parviendront pas au même niveau d'institutionnalisation que les associations fondées dans les milieux gay. La place marginale des migrant.e.s, et des femmes en général, dans l'épidémie, et dans les essais ou études de faisabilité menés en Europe, touche donc aussi à la question de la structuration de l'espace associatif; et en particulier, à la moindre vocalité de ces groupes en termes de plaidoyer et d'interactions avec les pouvoirs publics ou avec les firmes pharmaceutiques. Cette moindre visibilité et vocalité dans l'espace public doit être prise en compte. Car un des effets immédiats est que les éventuels attentes ou besoins qui auraient pu être articulés au moment des essais cliniques n'ont pas été exprimés et/ou investigués et/ou entendus. À plus long terme, c'est la non-inclusion

de ce groupe dans le dispositif de délivrance de la PrEP qui nous conduit à penser, à rebours, l'acceptabilité d'un outil de prévention, voire à la forcer (9).

À l'heure où l'on teste de nouveaux modes d'administration de la PrEP (par injection notamment) et leur acceptabilité théorique auprès de certains groupes (20–22), on ne peut que s'étonner de la répétition de certains schèmes: des essais menés auprès des HSH dans le Nord, auprès des femmes dans le Sud, et l'absence apparemment totale des migrant.e.s, notamment hétérosexuel.le.s dans les essais menés dans le Nord.

Discussion

Cet article sur la non-utilisation de la PrEP par les migrant.e.s propose de déplacer la focale: de « leur » méconnaissance de l'outil vers « notre » ignorance de ce groupe, à différents niveaux du dispositif de délivrance de la PrEP.

De manière paradoxale, on est face à une surdétermination de la migration dans la définition de ce public, et à une invisibilité de la migration comme facteur de risque et/ou d'adhérence à la PrEP. Dans la mesure où le lien entre migration et VIH remonte au moins aux années 1990, il y a lieu de considérer qu'un certain nombre de personnes vivant avec le VIH, ou exposées au VIH, ne sont pas, ou plus, des migrant.e.s, et peuvent être recensées comme nationaux. D'autre part, la migration présente des caractéristiques sociales qui ne sont pas prises en compte dans les essais cliniques, comme si seules l'origine et/ou la sexualité déterminaient le rapport à la PrEP. Autrement dit, la non-utilisation de la PrEP par les migrant.e.s nous demande de réfléchir aux différents niveaux de production d'une ignorance qui, aussi bien à l'étape des essais cliniques qu'à celle des politiques d'implémentation de l'outil, peinent à penser le public cible.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iD

Sarah Demart  <https://orcid.org/0000-0002-9550-5591>

Références

1. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016; 316: 171–181.
2. Vuylsteke B, Reyniers T, Lucet C, Nöstlinger C, Deblonde J, Libois A, et al. High uptake of pre-exposure prophylaxis (PrEP) during early roll-out in Belgium: results from surveillance reports. *Sex Health*. 2019; 16: 80–83.
3. Patton C. The “AIDS service industry”. The construction of “victims”, “Volunteers” and “Experts”, *Inventing AIDS*. London: Routledge; 1990, pp.5–23.
4. Frickel S, Gibbon S, Howard J, Kempner J, Ottinger G, Hess DJ. Undone science: charting social movement and civil society challenges to research agenda setting. *Sci Technol Human Values*. 2010; 35: 444–473.
5. Flash CA, Dale SK, Krakower DS. Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in women: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2017; 9: 391.
6. Young I, Flowers P, McDaid LM. Barriers to uptake and use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) among communities most affected by HIV in the UK: findings from a qualitative study in Scotland. *BMJ Open*. 2014; 4: e005717.
7. Young I, McDaid L. How acceptable are antiretrovirals for the prevention of sexually transmitted HIV? A review of research on the acceptability of oral pre-exposure prophylaxis and treatment as prevention. *AIDS Behav*. 2014; 18: 195–216.
8. Hadj L, Desgrées du Lou A, Dupont J, Nguyen V-K. Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Ile-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH: le Truvada en prophylaxie pré-exposition (PrEP): une enquête exploratoire. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017; 6: 110–114.
9. Carillon S, Gosselin A. Tensions between restrictive migratory policies and an inclusive prevention programme. In: Sahraoui N (ed.). *Borders across Healthcare*. New York, NY and Oxford: Berghahn Books; 2020, pp.62–83.
10. Patton C, Kim HJ. The cost of science. *J Bioeth Inq*. 2012; 9: 295–310.
11. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2015; 373: 2237–2246.
12. De Baetselier I, Reyniers T, Nöstlinger C, Wouters K, Franssen K, Crucitti T, et al. Be-PrEP-Ared Study Group Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). Additional tool for HIV prevention among men who have sex with men in Belgium: the Be-PrEP-ared study protocol. *JMIR Res Protoc*. 2017; 6: e11.
13. Hoornenborg E, Coyer L, van Laarhoven A, Achterbergh R, de Vries H, Prins M, et al.; Amsterdam PrEP Project team in the HIV Transmission Elimination Amsterdam Initiative. Change in sexual

- risk behaviour after 6 months of pre-exposure prophylaxis use. *AIDS*. 2018; 32: 1527–1532.
14. Young I, Boydell N, Patterson C, Hilton S, McDaid L. Configuring the PrEP user: framing pre-exposure prophylaxis in UK newsprint 2012–2016. *Cult Health Sex*. 2021; 23: 772–787.
 15. Demart S, Gérard E. La non utilisation de la PrEP par les migrant.e.s africain.e.s en Belgique points de vue associatifs. Forthcoming.
 16. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France: combien ont été infectés après la migration?: estimation dans l'étude ANRS-Parcours. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015; 40: 752–758.
 17. Pezeril C, Kanyebe D. A Congolese virus and Belgian doctors? Postcolonial perspectives on migration and HIV. *Afr Diaspora*. 2013; 6: 46–71.
 18. Musso S. Faire preuve par l'épidémiologie: lectures «indigènes» des chiffres du sida en France. *Quaderni*. 2009; 68: 71–82.
 19. Musso S. Dossier n° 15-La mesure des «migrants» dans les statistiques du sida en France. *Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé*. 2009; 77. doi:10.4000/amades.759
 20. Footer KH, Lim S, Rael CT, Greene GJ, Carballa-Diéguez A, Giguere R, et al. Exploring new and existing PrEP modalities among female sex workers and women who inject drugs in a US city. *AIDS Care*. 2019; 31: 1207–1213.
 21. Carillon S, Gallardo L, Linard F, Chakvetadze C, Viard J-P, Cros A, et al. Perspectives of injectable long acting antiretroviral therapies for HIV treatment or prevention: understanding potential users' ambivalences. *AIDS Care*. 2020; 32(Suppl 2): 155–161.
 22. Biello KB, Hosek S, Drucker MT, Belzer M, Mimiaga MJ, Marrow E, et al. Preferences for injectable PrEP among young U.S. cisgender men and transgender women and men who have sex with men. *Arch Sex Behav*. 2018; 47: 2101–2107.