

Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B

Florence Lot (f.lot@invs.sante.fr), Delphine Antoine, Corinne Pioche, Christine Larsen, Didier Che, Françoise Cazein, Caroline Semaille, Christine Saura

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

La prévalence du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite B est élevée dans certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie. L'objectif de cet article est de décrire le poids de ces pathologies dans la population migrante vivant en France.

Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité à VIH et les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants. Parmi les 1 715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique (HBC) en 2008-2009, les trois-quarts étaient migrants. La part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70% des migrants découvrant leur séropositivité VIH, 54% de ceux pris en charge pour une HBC et un tiers de ceux déclarés pour une tuberculose étaient nés dans cette partie du monde.

Les taux de découvertes de séropositivité VIH et de déclarations de tuberculose étaient en 2009 respectivement 10 et 8 fois plus élevés chez les migrants que chez les non-migrants.

Le recours au dépistage du VIH était beaucoup trop tardif chez les migrants nés en Asie ou en Afrique du Nord, ce qui n'était pas observé chez ceux nés en Afrique subsaharienne. La prise en charge après un diagnostic d'HBC chez les migrants nés en Asie ou en zone de moyenne endémicité était également souvent tardive, alors que celle des migrants d'Afrique subsaharienne était l'une des plus rapides.

Parallèlement aux actions de prévention, il est donc indispensable de renforcer les stratégies de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la tuberculose dans toutes les populations migrantes. Il est également nécessaire que leur accès au système de soins soit facilité, afin de permettre une prise en charge précoce et un suivi régulier, ceci dans le but de réduire les disparités observées.

Three frequent infectious diseases in migrants in France: HIV infection, tuberculosis and hepatitis B

Prevalence of HIV, tuberculosis and hepatitis B is high in some regions of the world, in particular in sub-Saharan Africa and Asia. The objective of this article is to describe the impact of these infections in migrants living in France.

Among the 6,700 new HIV diagnoses and 5,276 tuberculosis cases reported in 2009, nearly half of them were migrants. Among the 1,715 HBsAg-positive patients newly referred for antiviral treatment in 2008-2009, three quarters were migrants. The proportion of individuals born in sub-Saharan Africa was high among migrants diagnosed with HIV infection (70%), migrants newly referred for chronic HBV infection (54%) and tuberculosis cases notified in migrants (33%).

Rates of new HIV diagnoses and tuberculosis cases in migrants were respectively 10 times and 8 times higher than in persons born in France.

HIV testing is performed too late among migrants who are often diagnosed with AIDS at testing, in particular in Asians and North Africans, but was not observed in sub-Saharan Africans. In addition, patients born in Asia and in moderate endemic countries for HBV infection are also referred too late after diagnosis of chronic HBV infection while sub-Saharan Africans are referred quicker.

Together with prevention actions, it is important to intensify screening strategies for HIV and HBV infections, as well as tuberculosis, in all of the migrant population. It is also necessary to facilitate access to health care system after diagnosis for early treatment, care and regular follow-up in order to reduce disparities.

Mots clés / Key words

VIH, sida, tuberculose, VHB, hépatite B, population migrante, épidémiologie, France / HIV, AIDS, tuberculosis, HBV, hepatitis B, migrants, epidemiology, France

Introduction

Parmi les pathologies infectieuses, l'infection à VIH, la tuberculose et l'hépatite B sont des pathologies lourdes, voire chroniques, qui nécessitent un traitement prolongé, et pour lesquelles une surveillance nationale existe en France. Les données de l'OMS montrent que ces trois pathologies sont très présentes dans certaines régions du monde, et notamment en Afrique subsaharienne. L'Asie est une zone à forte prévalence surtout pour l'hépatite B et la tuberculose, alors que ce continent est une zone de moyenne prévalence pour le VIH, de la même manière que l'Europe de l'Est. La prévalence du VIH et de la tuberculose est plus faible en Europe de l'Ouest et en Afrique du Nord.

Les populations immigrées en France ont donc un risque d'exposition et d'infection plus élevé lorsqu'elles sont originaires de ces régions. À cela s'ajoutent des conditions parfois difficiles d'accès aux soins et souvent une précarité socio-économique en France. Un dépistage et une prise en charge précoce et adéquate de ces trois infections sont pourtant primordiaux, sur le plan individuel tout d'abord, mais aussi sur le plan collectif pour en limiter la transmission.

Le nombre de personnes immigrées résidant en France métropolitaine est estimé à 5,3 millions en 2007 (8,3% de la population) [1]. Parmi les immigrés, 38,4% sont originaires d'Europe, 30,1% de 3 pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie), 14,0% d'Asie, 12,3% d'Afrique subsaharienne et 5,2% d'Amérique ou d'Océanie [2].

Cet article a pour objectif de décrire, à partir des données disponibles les plus récentes (2008 ou 2009), les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques des personnes immigrées en France ayant découvert leur séropositivité à VIH, ayant fait l'objet d'une déclaration de tuberculose ou ayant été prises en charge pour une hépatite B chronique.

Méthodes

Les données utilisées sont issues de 3 systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Deux sont basés sur une déclaration obligatoire (VIH et tuberculose), qui est établie au moment du diagnostic et qui est adressée à l'Agence régionale de santé (ARS), avant d'être transmise à l'InVS [3]. La surveillance de l'hépatite B chronique repose sur un réseau de services hospitalo-universitaires

d'hépatogastroentérologie (pôles de référence « hépatites ») [4].

Les données présentées dans cet article ont été analysées en fonction du lieu de naissance, le terme « migrants » utilisé faisant référence aux personnes nées à l'étranger, quelle que soit leur nationalité. Les données concernant les migrants ont été comparées à celles des personnes nées en France.

Les régions d'origine ont été définies géographiquement selon la classification des pays et régions utilisée par la Division des statistiques des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>). L'Europe comprend les pays de l'Union européenne, mais également les autres pays d'Europe de l'Ouest et ceux d'Europe centrale et de l'Est. Concernant l'hépatite B chronique, les différentes régions de l'Europe ont été individualisées compte tenu de niveaux d'endémicité différents.

Infection à VIH

La déclaration obligatoire (DO) de l'infection à VIH a été mise en place en 2003. Doit être déclaré tout nouveau diagnostic d'infection à VIH [5]. Sont notamment recueillies des variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu

de domicile, nationalité, pays de naissance), des variables cliniques et biologiques (motif de dépistage, stade clinique) et des variables comportementales (mode de contamination).

L'analyse a porté sur les découvertes de séropositivité à VIH de l'année 2009, déclarées jusqu'au 30 septembre 2010, et corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, ainsi que des valeurs manquantes par une méthode d'imputation multiple [5]. Cette méthode a été appliquée aux variables d'intérêt principales, dont le pays de naissance. Elle a permis de réaffecter aux cas dont le pays de naissance était inconnu une valeur d'une des 5 zones géographiques choisies (France, Afrique subsaharienne, Europe hors France, continent américain, autres). Des données de tendances ont été présentées sur la période 2003-2009. Les taux de déclaration par lieu de naissance ont été calculés à partir des données du recensement 2007 de l'Insee.

Tuberculose

La DO de la tuberculose, qui existe depuis 1964, permet de recenser les cas de tuberculose maladie dans la population générale [6]. Les cas sont définis par la présence de signes cliniques ou radiologiques compatibles avec la maladie, associés à une décision de mise sous traitement antituberculeux, avec ou sans confirmation bactériologique. Sont recueillies des variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu de domicile, nationalité, pays de naissance, année d'arrivée en France) et des variables cliniques et biologiques (antécédents vaccinaux ou de tuberculose, localisation de la tuberculose, résultats bactériologiques).

Les données présentées dans cet article ont concerné les cas de tuberculose déclarés en 2008 ou 2009. Les tendances observées depuis 2003 ont été analysées. Les pourcentages ont été calculés parmi les cas pour lesquels l'information était connue. Les taux de déclaration présentés sont ceux publiés précédemment [6;7]. Ils ne prennent pas en compte la possible sous-déclaration des cas. Les données de population utilisées pour calculer ces taux étaient issues du recensement 2006 de l'Insee, sauf pour les taux par ancienneté d'entrée en France pour lesquels les données du recensement de 1999 ont été utilisées.

Hépatite B chronique

Depuis 2008, 29 des 32 pôles de référence « hépatites » existants participent à la surveillance nationale de l'hépatite B chronique [4]. Cette surveillance concerne tout adulte nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique (définie par la persistance de l'Ag HBs depuis au moins 6 mois), ayant donné son accord pour participer. Les caractéristiques démographiques (sexe, âge, pays de naissance, circonstances de découverte), cliniques et biologiques (mode de contamination, ALAT, Ag HBe, co-morbidités, sévérité de l'atteinte hépatique) sont notamment recueillies.

Pour des raisons d'effectifs, les données présentées ici sont celles du cumul des années 2008 et 2009. Ont été sélectionnées les personnes sans prise en charge thérapeutique antérieure.

Les pays de naissance ont été regroupés en 3 zones d'endémicité du VHB (classification

OMS) définies selon leur niveau de prévalence de l'Ag HBs [8] :

- endémicité forte (prévalence $\geq 8\%$) qui regroupe les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie ;
- endémicité modérée (prévalence comprise entre 2 et 8%) qui comprend les pays d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, d'Europe du Sud et de l'Est, d'Amérique du Sud et des Caraïbes ;
- endémicité faible (prévalence de l'Ag HBs $< 2\%$) qui regroupe les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, d'Amérique du Nord, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Résultats

Infection à VIH

Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité estimées en 2009, 48% concernaient des personnes migrantes (tableau 1). Après une diminution significative de cette proportion (de 59% en 2003 à 50% en 2007), elle s'est stabilisée sur la période 2007-2009. Il en est de même du nombre absolu, qui s'est stabilisé autour d'environ 3 200 migrants découvrant leur séropositivité chaque année depuis 2007. La moitié était des femmes.

La diminution observée entre 2003 et 2007 a été particulièrement marquée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, qui représentent encore néanmoins 69% des migrants en 2009, soit environ 2 200 personnes. Le nombre de découvertes de séropositivité a par contre

augmenté entre 2003 et 2009 (de 150 à 250 cas) chez les migrants d'Europe (de l'Est ou de l'Ouest, notamment du Portugal).

Rapporté au nombre de migrants vivant en France, le taux de découvertes de séropositivité à VIH dans cette population est de 61 pour 100 000, mais varie beaucoup en fonction du lieu de naissance (figure 1). Comparativement, ce taux est de 6 pour 100 000 chez les personnes nées en France.

Le principal mode de contamination des personnes migrantes était la transmission lors de rapports hétérosexuels, pour 73% des hommes et 97% des femmes. La transmission lors de rapports sexuels entre hommes concernait 23% des hommes migrants ; peu d'entre eux étaient nés en Afrique subsaharienne (environ 6%), alors que 57% étaient nés en Europe. L'usage de drogues concernait 3% des hommes, notamment ceux nés en Europe, et plus particulièrement en Europe de l'Est.

C'est en Guyane, en Île-de-France et en Guadeloupe que la proportion de migrants était la plus élevée parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2009, respectivement 68%, 62% et 59%.

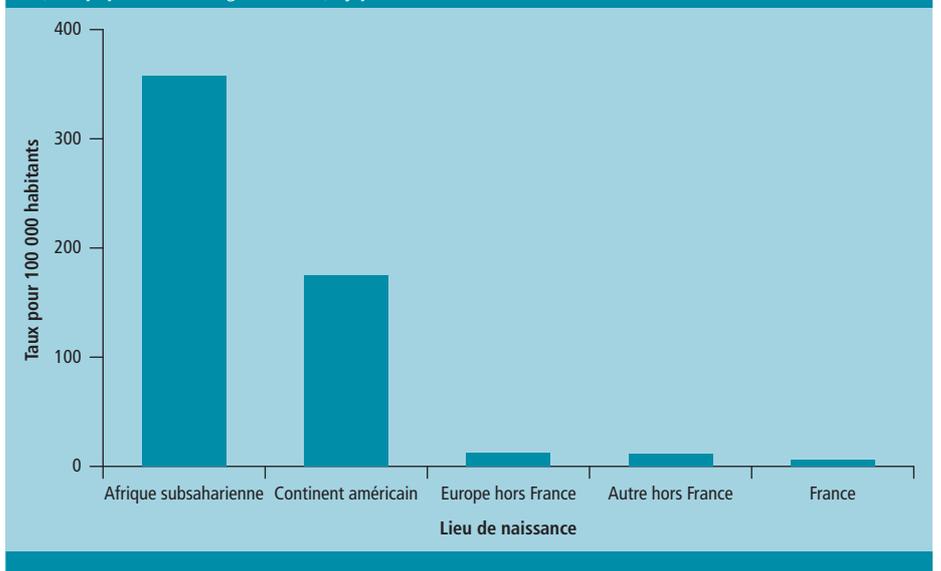
Concernant les motifs de dépistage du VIH chez les migrants, deux situations étaient particulièrement marquantes :

- d'une part, les bilans systématiques, lors d'une grossesse par exemple, restaient en 2009 un motif

Tableau 1 Nombre de découvertes de séropositivité à VIH par lieu de naissance, France, 2003-2009 (données au 30 septembre 2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) / **Table 1** Number of new HIV diagnoses by place of birth, France, 2003-2009 (data reported by 30th September 2010 adjusted for reporting delays, underreporting and missing values)

Lieu de naissance	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
France	3 061	41,4	3 204	42,1	3 417	45,5	3 366	47,8	3 257	50,4	3 205	50,1	3 456	51,9
Étranger dont	4 341	58,6	4 404	57,9	4 101	54,5	3 675	52,2	3 199	49,6	3 186	49,9	3 207	48,1
Afrique subsaharienne	3 228		3 181		2 955		2 590		2 229		2 210		2 224	
Amérique	575		609		559		492		491		431		472	
Europe	156		211		215		237		191		235		247	
Autre	382		404		372		356		288		310		264	
Total	7 402		7 608		7 518		7 041		6 456		6 391		6 663	

Figure 1 Nombre de découvertes de séropositivité à VIH en 2009, par lieu de naissance, rapporté à la population vivant en France (Taux pour 100 000) / **Figure 1** Number of new HIV diagnoses in 2009 per 100,000 population living in France, by place of birth



de dépistage beaucoup plus fréquent chez les femmes migrantes que chez celles nées en France (pour 37% d'entre elles *versus* 27%), ceci étant vrai pour les femmes nées en Afrique subsaharienne ou en Amérique. Chez les hommes migrants, les bilans systématiques étaient aussi une raison plus fréquente de dépistage par rapport aux hommes nés en France (16% *versus* 11%) ;

- d'autre part, le fait de se faire dépister après une exposition à risque représentait un motif moins fréquent chez les personnes migrantes, femmes ou hommes, comparativement aux personnes nées en France (respectivement 15% *versus* 25% chez les femmes et 20% *versus* 30% chez les hommes).

Les découvertes de séropositivité très tardives (au stade clinique de sida) concernaient, en 2009, 16% des migrants, cette proportion ayant peu diminué depuis 2003 (18%). Elle variait selon le sexe (20% des hommes migrants étaient dépistés très tardivement *versus* 12% des femmes), le mode de contamination (23% des hommes migrants hétérosexuels et 11% des homosexuels), et selon le lieu de naissance (15% des migrants d'Afrique subsaharienne, 17% de ceux d'Amérique, notamment d'Haïti). Ce pourcentage atteignait 24% chez les migrants nés dans les autres zones géographiques (Asie et Afrique du Nord notamment).

La comparaison globale entre migrants et personnes nées en France montrait des pourcentages très comparables, puisque 14% des personnes nées en France étaient à un stade de sida lors de la découverte de leur séropositivité en 2009 (14% des femmes, 22% des hommes hétérosexuels et 11% des homosexuels).

La tuberculose, qui est l'une des pathologies opportunistes pouvant survenir au cours de l'infection à VIH, en raison de l'immunodépression induite, permet de définir un stade clinique de sida. Parmi les diagnostics de sida en 2009 chez les migrants, 32% d'entre eux avaient présenté une tuberculose comme pathologie inaugurale, ce pourcentage étant assez stable depuis plusieurs années mais très supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (6%). Il différait selon le lieu de naissance, et était le plus élevé chez les migrants nés en Afrique subsaharienne (38%) ou en Asie (42%).

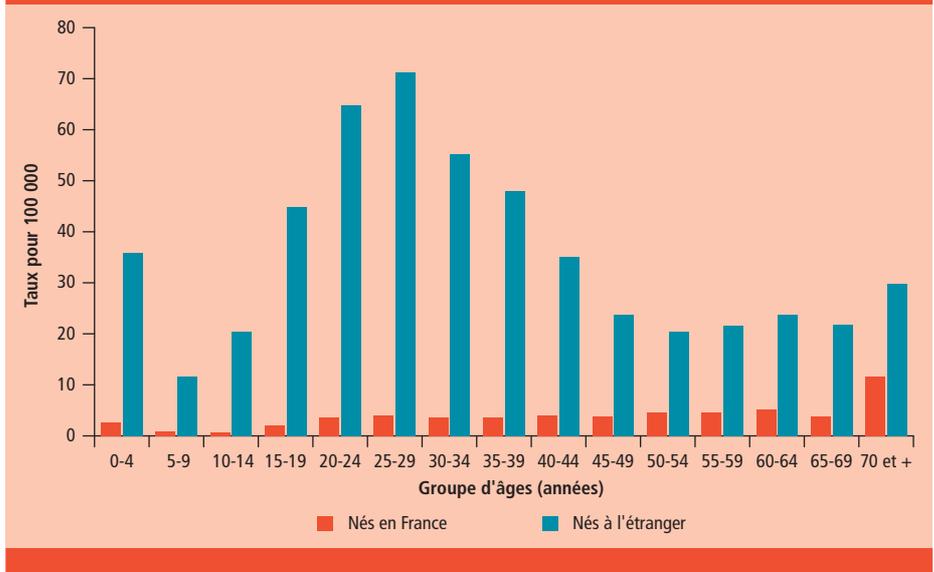
Tuberculose

Parmi les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2009, la moitié concernait des personnes nées à l'étranger [6]. Cette proportion était inférieure à 50% dans la plupart des régions françaises, sauf en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (54%), Alsace (62%), Île-de-France (68%) et Guyane (76%).

Parmi les personnes migrantes déclarées pour une tuberculose en 2009, 36% étaient nées en Afrique subsaharienne, 29% en Afrique du Nord, 14% en Asie, 10% dans un pays de l'Union européenne, 5% dans un autre pays d'Europe et 6% dans d'autres régions (notamment Amérique).

Depuis 2003, le nombre de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est resté relativement stable, alors que le nombre de cas chez les personnes nées en France a baissé (respectivement +0,5% et -4,8% d'évolution annuelle moyenne entre 2003 et 2009). En

Figure 2 Taux de déclaration de tuberculose maladie par groupe d'âges et lieu de naissance, France métropolitaine, 2009 / Figure 2 Notification rate of tuberculosis disease per age group and place of birth, mainland France, 2009



conséquence, la proportion de cas chez des personnes nées à l'étranger a augmenté de 48% en 2003 à 50% en 2009.

Le taux de déclaration était pour la France entière de 8,2 pour 100 000 habitants en 2009, mais était environ 8 fois supérieur chez les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France (respectivement 35,1 et 4,3). On retrouve cette différence dans tous les groupes d'âges et de façon plus marquée chez les jeunes adultes (figure 2). Le taux de tuberculose était particulièrement élevé chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (109/10⁵).

Les personnes migrantes avec une tuberculose déclarée en 2009 résidaient plus souvent en collectivité que celles nées en France (15,8% *versus* 10,9% ; $p < 10^{-3}$).

Comparées aux personnes nées en France, les personnes migrantes présentaient moins souvent de formes pulmonaires de tuberculose, qui correspondent aux formes potentiellement contagieuses de la maladie (68,8% *versus* 75,5% ; $p < 10^{-3}$). Les formes multirésistantes de tuberculose (résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine) étaient plus fréquentes chez les migrants (3,2% *versus* 0,8% ; $p < 10^{-3}$).

L'année d'arrivée en France était renseignée pour 67% des cas de tuberculose chez les migrants. Vingt-cinq pour cent d'entre eux étaient arrivés en France dans les 2 ans avant le diagnostic de tuberculose, 16% entre 2 et 5 ans, 22% entre 4 et 10 ans et 37% étaient en France depuis 10 ans ou plus. Le risque de tuberculose diminuait à mesure que l'ancienneté de l'arrivée en France augmentait. Ainsi, parmi les cas déclarés chez les migrants en 2008, le taux de déclaration de tuberculose était de 267/10⁵ chez ceux arrivés moins de 2 ans avant le diagnostic de tuberculose, alors qu'il était de 18/10⁵ chez ceux arrivés depuis 10 ans ou plus [7].

Hépatite B chronique

Entre janvier 2008 et décembre 2009, 1 715 patients naïfs de traitement antiviral ont été nouvellement pris en charge dans les pôles de référence pour une hépatite B chronique. Parmi les 1 665 personnes dont le pays de naissance était connu, les trois-quarts étaient nées à l'étranger, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne (tableau 2), principalement au Sénégal, Congo, Guinée, Cameroun et Mali.

Les principales caractéristiques de ces personnes sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 2 Répartition des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique dans les pôles de référence « hépatites », selon leur lieu de naissance, France, 2008-2009 / Table 2 Distribution of HBsAg-positive patients newly referred for antiviral treatment in hepatology reference centers, by place of birth, France, 2008-2009

Lieu de naissance	N	% ^a
France	422	25,3
France métropolitaine	336	(79,6)
Département français d'Amérique	86	(20,4)
Étranger	1 243	74,7
Afrique subsaharienne	671	(54,0)
Asie	200	(16,1)
Afrique du Nord	141	(11,3)
Moyen-Orient	72	(5,8)
Europe du Sud	69	(5,6)
Europe de l'Est	63	(5,1)
Amérique du Sud / Caraïbes hispano-anglophones	23	(1,8)
Sous-continent Indien	4	(0,3)
Total	1 665	100,0

^a Pourcentages calculés parmi les patients nés en France ou parmi ceux nés à l'étranger.

Tableau 3 Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients nés en France et des patients migrants nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique dans 29 pôles de référence « hépatites », France, 2008-2009 / *Table 3* Epidemiological and clinical characteristics of patients born in France or abroad, newly referred for antiviral treatment in 29 hepatology reference centers, France, 2008-2009

	Patients nés en France (N=422)	Patients migrants			Total (N=1 243)
		Nés en zone de forte endémicité ^a (n=871)		Nés en zone de moyenne endémicité ¹ (n=372)	
		Afrique subsaharienne (n=671)	Asie (n=200)		
Sexe, Hommes (%)	60,2	62,7	51,5	56,2	59,0
Âge médian, années (IQR)^b	41 (31-54)	32 (27-39)	35 (29-45)	38 (29-48)	34 (28-42)
Mode de contamination présumé^c (%)	n=177	n=224	n=62	n=120	n=406
Mère-enfant	6,8	50,5	40,3	20,0	39,9
Sexuelle	9,1	29,9	17,7	22,5	25,9
Intrafamiliale	10,7	4,5	21,0	18,3	11,1
Autre ^d	40,1	8,9	12,9	23,4	13,8
Aucune	33,3	6,2	8,1	15,8	9,3
Délai moyen^e entre la première découverte de l'AgHBs et la prise en charge dans le pôle (années ± DS)^f	5,8 (±8,3)	2,1 (±4,4)	3,8 (±6,7)	3,8 (±6,0)	2,9 (±5,3)
Données biologiques					
ALAT ^g > N (%)	29,2	26,1	42,6	29,9	30,0
Ag HBe ^h positif (%)	15,3	9,8	22,3	9,5	11,8
Co-morbidités					
Consommation excessive d'alcool ⁱ (%) ^j	14,3	5,8	6,4	8,4	6,7
Co-infection par le VIH (%) ^k	4,0	2,5	0,0	0,4	1,5
Évaluation de la fibrose	n=260	n=444	n=134	n=239	n=817
Formes sévères ^l (%)	15,0	8,3	14,9	17,6	12,1

^a Classification OMS [8] ; ^b Intervalle interquartile ; ^c Données restreintes aux patients qui n'ont rapporté qu'un seul mode de contamination au cours de la vie ; ^d Autre mode de contamination présumé : professionnel, nosocomial, usage de drogues, tatouage, piercing ; ^e ^g Information disponible pour 85% des patients ; ^f Déviation standard ; ^h Information disponible pour 88% des patients ; ⁱ Consommation d'alcool hebdomadaire >210 g chez la femme et >280 g chez l'homme ; ^j Information disponible pour 73% des patients ; ^l Définie par un score Métavir F3-F4 à la biopsie et en l'absence de biopsie, par un résultat d'élastométrie impulsionnelle >9 kpa.

Les migrants étaient majoritairement des hommes, pour 59% d'entre eux, pourcentage comparable à celui observé chez les patients nés en France.

Les migrants nés en zone de forte endémicité étaient plus jeunes au moment de leur prise en charge (âge médian de 33 ans, 31 ans chez les femmes et 34 ans chez les hommes) que ceux nés dans un pays d'endémicité modérée (38 ans) ou ceux nés en France (41 ans).

Le principal mode de contamination présumé chez les migrants nés en zone de forte endémicité était la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou pendant l'enfance, quel que soit le lieu de naissance, puis la transmission sexuelle (30%) chez les migrants nés en Afrique subsaharienne et la transmission intrafamiliale (21%) chez ceux nés en Asie.

Parmi les migrants nés en zone d'endémicité modérée, les principaux modes de transmission étaient : une transmission sexuelle (23%), mère-enfant (20%) ou intrafamiliale (18%).

Le délai entre le dépistage de l'Ag HBs et la prise en charge dans le pôle était connu pour 85% des personnes. Le délai moyen de prise en charge était significativement plus court chez les migrants que chez les personnes nées en France (2,9 ans *versus* 5,8 ans ; $p < 10^{-3}$). Parmi les migrants, ce délai était plus court chez ceux nés en zone de forte endémicité (2,5 ans), avec une différence entre les migrants nés en Afrique subsaharienne (2,1 ans) et ceux nés en Asie (3,8 ans), et ceux nés en zone d'endémicité modérée (3,8 ans). Quel que soit le

lieu de naissance, le délai de prise en charge était toujours plus important (différence de 2 ans environ) chez les personnes de 50 ans et plus comparativement à celles de moins de 30 ans.

Concernant les co-morbidités, la consommation excessive d'alcool était rapportée de façon moins fréquente chez les migrants que chez les personnes nées en France (6,7% *versus* 14,3% ; $p < 10^{-3}$). Parmi les migrants, la co-infection par le VIH était plus fréquemment observée parmi ceux nés en Afrique subsaharienne.

Globalement, une évaluation de la fibrose était disponible pour 1 077 personnes (65%). La proportion de formes sévères à la prise en charge était la plus faible chez les migrants nés en Afrique subsaharienne (8,3%) et la plus élevée parmi les migrants nés dans un pays d'endémicité modérée (17,6%). Comparés aux migrants qui ne présentaient pas de forme sévère à la prise en charge, les migrants présentant une forme sévère étaient plus souvent des hommes (79% *versus* 60% ; $p < 10^{-3}$).

Discussion

Impact national et régional

Les migrants représentent, en France, une part importante des personnes découvrant leur séropositivité à VIH, diagnostiquées pour une tuberculose, ou prises en charge pour une hépatite B chronique, notamment les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Ce constat est identique dans d'autres pays européens, et notamment au Royaume-Uni où les migrants représentent

environ 70% des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose, et la majorité des infections chroniques à VHB [9].

Les taux rapportés à la population vivant en France montrent que les migrants sont fortement touchés par ces 3 pathologies infectieuses, ceci pouvant s'expliquer par plusieurs raisons :

- une forte prévalence des 3 infections dans les pays d'origine ;
- un âge à la contamination qui joue pour le VHB : la contamination se faisant souvent, dans les pays de forte endémie, à la naissance ou dans l'enfance, le passage à la chronicité est beaucoup plus fréquent ;
- un moindre accès à la prévention dans les pays d'origine et peut-être aussi en France ;
- des conditions de la migration et une précarité sociale favorisant la transmission de la tuberculose et la transmission intrafamiliale du VHB.

Trois régions françaises concentrent une proportion importante de migrants parmi les personnes découvrant leur séropositivité à VIH, l'Île-de-France (IdF) et 2 régions des Départements français d'Amérique (DFA). Il en est de même pour la tuberculose, l'IdF et la Guyane présentant la plus forte proportion de personnes nées à l'étranger parmi les cas déclarés.

Ceci est cohérent avec les données du recensement, dans la mesure où 4 immigrés sur 10 et 6 immigrés d'Afrique subsaharienne sur 10 sont domiciliés en IdF [10]. Les DFA, et en particulier la Guyane, attirent une population d'Haïti et d'Amérique du Sud, fortement touchée par l'infection à VIH et par la tuberculose.

Limites

Les données de surveillance permettent de décrire ces 3 pathologies, mais des limites sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Ainsi, le fait de ne pas disposer de l'année d'arrivée en France dans la DO du VIH ne permet pas de dater la contamination par rapport à la migration, et donc de présumer du lieu de la contamination (France *versus* pays d'origine). Cette variable figurera dans les fiches de déclaration à partir de janvier 2012, suite à un accord récent de la Cnil.

Concernant la DO de la tuberculose, le fait de ne plus collecter le statut VIH depuis 2003 est là aussi une limite du système de surveillance, compte tenu de l'augmentation très importante du risque de progression de l'infection tuberculeuse vers la maladie en cas de co-infection par le VIH et de la prévalence plus importante de l'infection à VIH chez les personnes migrantes en France.

Les données de prise en charge dans les pôles de référence ne sont pas représentatives de l'ensemble des prises en charge pour hépatite B chronique au niveau national, puisque le suivi peut se faire dans un hôpital hors pôle de référence, ou même en dehors d'une structure hospitalière. Néanmoins, il s'agissait des seules données nationales exploitables pour une analyse spécifique chez les migrants. La DO de l'hépatite B aigüe recueillait jusqu'à présent la notion d'un séjour en pays d'endémie, sans préciser le pays de naissance des personnes. Par ailleurs, elle exclut de fait un certain nombre de migrants dont la contamination remonte à l'enfance et a eu lieu dans leur pays d'origine.

Tendances

En termes de tendances, qui sont disponibles pour la tuberculose et le VIH, on constate que le nombre de découvertes de séropositivité à VIH a diminué chez les migrants entre 2004 et 2007, ce qui pourrait s'expliquer par une diminution de l'incidence. Mais compte tenu du délai de quelques années entre contamination et diagnostic, les estimations d'incidence qui ont été réalisées sur les années 2003-2008, et qui montrent une diminution du nombre de nouvelles contaminations, ne permettent pas de le confirmer [11]. Le recours au dépistage du VIH de la population migrante pourrait s'être modifié, notamment sur les années les plus récentes, même s'il est difficile de l'objectiver. Il en est de même des flux migratoires qui, s'ils sont assez stables quantitativement depuis 2003 [12], ont pu se modifier en termes de profils de populations. Concernant la tuberculose, le nombre de cas déclarés chez les migrants reste relativement stable depuis plusieurs années, alors que le nombre de cas diminue chez les personnes nées en France. Ceci pourrait témoigner d'un moindre accès des personnes migrantes aux stratégies de contrôle et de prévention mises en place en France, d'une dégradation des conditions de vie en France ou de la lutte antituberculeuse dans les pays d'origine, mais également de changement des profils et des conditions de migrations. Les données de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), qui réalise un dépistage systématique de la tuberculose maladie par radiographie pulmonaire chez les primo-migrants, montrent d'ailleurs que le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués dans cette population est en augmentation entre 2005 et 2009 [13]. Il faut également noter que la structuration des Centres de lutte antituberculeuse (Clat) dans chaque département, suite à la loi de recentralisation de 2004, a pu conduire à un meilleur diagnostic de la tuberculose chez les migrants après le dépistage des cas contacts. Il reste donc difficile d'interpréter les tendances observées.

Dépistage et prise en charge

Les données présentées concernant les migrants d'Afrique subsaharienne montrent d'une part que le dépistage du VIH n'est pas plus tardif dans cette population que parmi les personnes nées en France, et d'autre part que leur prise en charge est l'une des plus rapides après le diagnostic d'une infection chronique par le VHB. Ceci pourrait s'expliquer par la prise de conscience d'un facteur d'exposition par les professionnels de santé, qui proposent facilement un dépistage du VIH à ces populations, et les orientent rapidement pour une prise en charge de leur hépatite B. Cela pourrait également résulter de l'existence de différents dispositifs (centres de santé, ONG spécialisées, associations, AME...), qui peuvent bénéficier aux populations migrantes. Il est néanmoins impossible de les évaluer, dans la mesure où peu de données sur les parcours de soins et les structures de prise en charge sont collectées dans les systèmes de surveillance. Une étude spécifique portant sur le « parcours de vie, VIH/sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France », prévue en 2012 et financée par l'ANRS, permettra sans doute d'apporter des éléments de réponse.

Concernant les migrants originaires d'Asie ou d'une zone d'endémicité modérée pour le VHB (d'Afrique du Nord notamment), et en particulier les hommes, ils sont dépistés pour le VIH et pris en charge pour le VHB plus tardivement que les personnes nées en France. Le dépistage du VIH est donc à promouvoir dans ces populations, en ciblant plus particulièrement les hommes, qui ont des occasions de recours au système de soins moins fréquents que les femmes. Il semble également nécessaire de rappeler aux professionnels de santé que la découverte de l'Ag HBs nécessite une évaluation clinique et biologique et, en cas de diagnostic d'une hépatite B chronique, un suivi médical régulier.

Une étude récente visant à estimer les délais de prise en charge des cas de tuberculose en France a montré que les délais de recours aux soins étaient allongés chez les personnes nées à l'étranger, mais que le diagnostic était ensuite plus rapide pour ces personnes. Au final, le lieu de naissance n'avait pas d'influence sur la rapidité de la mise sous traitement des cas de tuberculose [14]. Une sensibilisation accrue des populations et des programmes de dépistage spécifiques permettraient d'accélérer le recours aux soins et la mise sous traitement des populations les plus à risque de tuberculose. Par ailleurs, la naissance dans un pays de forte incidence tuberculeuse est un des critères retenu pour la recommandation de vaccination par le BCG.

Besoins de prévention

L'infection à VIH et l'hépatite B sont toutes deux des infections sexuellement transmissibles.

Grâce aux données de sérotypage (réalisé par le Centre national de référence du VIH) qui n'ont pas été présentées dans cet article, il est possible d'affirmer qu'au moins 1 migrant d'Afrique subsaharienne sur 5 a été contaminé par le VIH en France (infection par une souche virale du VIH-1 quasiment absente en Afrique) [5]. C'est pourquoi, parallèlement aux actions de dépistage, il est important de poursuivre les actions de prévention, en assurant une visibilité de ces populations dans les campagnes grand public et en maintenant des actions ciblées.

Concernant le VHB, même si beaucoup d'infections sont le reflet de transmissions verticales ou intrafamiliales survenues dans l'enfance, il est néanmoins aussi important d'avoir des actions de prévention afin de lutter contre la transmission sexuelle (transmission beaucoup plus élevée que celle du VIH) au sein d'une communauté où la prévalence est élevée. La vaccination doit également être largement proposée.

Il est probable qu'une grande majorité des cas de tuberculose soit liée à la réactivation d'une infection acquise dans le pays d'origine, où la prévalence de la maladie est beaucoup plus élevée qu'en France. Les conditions de vie en France peuvent cependant induire une acquisition de l'infection en France. Ainsi, une épidémie dans un foyer de migrants à Paris en 2002 avait montré qu'une partie des contaminations avaient eu lieu au sein du foyer, en raison très certainement de mauvaises conditions de vie et du surpeuplement du foyer [15], d'où l'importance d'identifier les cas précocement pour limiter la transmission de la tuberculose.

Conclusion

Les personnes nées à l'étranger représentent une part très importante, variant de 50% à 75%, des personnes découvrant leur séropositivité à VIH, prises en charge pour une hépatite B chronique ou déclarées pour une tuberculose, captées par les systèmes de surveillance en France. Cette part est encore plus élevée dans certaines régions comme l'IdF et la Guyane.

Compte tenu de la fréquence de ces 3 pathologies au sein des populations migrantes en France, il est important de poursuivre les actions de prévention et de renforcer les stratégies de dépistage et d'accès aux soins auprès de ces populations, tel que préconisé par le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et le programme national de lutte contre la tuberculose. En effet, un dépistage précoce permet d'inciter à l'adoption de moyens de prévention, en cas d'hépatite B chronique de proposer la vaccination à l'entourage, et en cas de tuberculose de mettre en place des mesures de contrôle autour des cas contagieux. Le diagnostic doit permettre d'orienter rapidement vers une prise en charge adéquate et un suivi régulier. C'est pourquoi, il est indispensable de faciliter l'accès au système de soins des populations migrantes, dans le but de réduire les disparités observées.

Références

- [1] Insee. Recensement 2007, exploitation principale. Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2008 [Internet]. Disponible à : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02162
- [2] Insee. Recensement 2007, exploitation principale. Répartition des immigrés par pays de naissance [Internet]. Disponible à : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=immigrespaysnais
- [3] Institut de veille sanitaire. Système de la déclaration obligatoire. Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire [Internet]. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/30-maladies-a-declaration-obligatoire>
- [4] Larsen C, Pioche C, Brouard C, Chevaliez S, Couzigou P, Delarocque-Astagneau E, *et al.* Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats. BEHWeb 2010 (1). Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/index.htm>
- [5] Cazein F, Lot F, Pilonel J, Pinget R, Bousquet V, Le Strat Y, *et al.* Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(45-46):467-72.
- [6] Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(22):258-60.
- [7] Antoine D, Che D. Épidémiologie de la tuberculose en France : bilan des cas déclarés en 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(27-28):289-93.
- [8] World Health Organization. Global distribution of hepatitis A, B and C, 2001. Weekly epidemiological record. 2002;77:41-8.
- [9] Health Protection Agency. Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report – 2006. London: Health Protection Agency Centre for Infections. 2006. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1201767922096
- [10] Borrel C. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. Insee Première. 2006;1098.

[11] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel, Cazein F, Bousquet V, et al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(45-46):473-6.

[12] Institut national d'études démographiques. Immigration régulière de long terme par groupes de nationalités et pour les nationalités les plus représentées, par année d'admission au séjour. France métropolitaine [Internet]. Disponible à : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/29365/telechargement_fichier_fr_copie.de_ined_par_annee_et_nationalite_2008_detail.4.xls

[13] M'Jamri-Berthou A, Kern T, Wluczka M. Registre des cas de tuberculose vus dans le cadre de la visite médicale de l'OFII pendant l'année 2009. Disponible à : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Registre_des_cas_de_tuberculose_vus_par_l_OFII_en_2009.pdf

[14] Tattevin P, Che P, Fraisse P, Gatey O, Guichard C, Antoine D, et al. Factors associated with patient and healthcare system delay in the diagnosis of tuberculosis in France. Int J Tuberc Lung Dis. (sous presse).

[15] Antoun F, Valin N, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V, et al. Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002. Bull Epidemiol Hebd. 2003;(10-11):58-60.

Santé périnatale des femmes étrangères en France

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles (marie-josophe.saurel@inserm.fr), Monica Saucedo, Nicolas Drewniak, Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle

Inserm Unité 953, Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction et méthode – Cet article montre les différences de situation sociodémographique, de surveillance prénatale et d'issue de la grossesse selon la nationalité de la mère parmi les femmes qui ont accouché en France métropolitaine en 2010. En outre, il présente les données les plus récentes, sur la période 2003-2007 concernant les décès maternels et leurs causes et sur la période 1998-2007 concernant les caractéristiques des femmes décédées.

Résultats – L'ensemble des femmes étrangères, et particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, représente une population à risque périnatal : femmes plus âgées, parité plus élevée, niveau d'études plus faible, ressources issues d'une activité professionnelle moins fréquentes. Cependant, la consommation de tabac est moins fréquente que chez les femmes françaises. Les femmes d'Afrique du Nord présentent certains facteurs de risque périnatal mais pas d'excès de mortinatalité, de prématurité, ni d'hypotrophie. En revanche, les femmes d'Afrique subsaharienne ont un taux de césariennes élevé et des risques de mortinatalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises.

Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères, considérées globalement, est de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes *versus* 7,9 pour les femmes françaises. Il existe toujours des disparités entre les nationalités étrangères elles-mêmes. Le taux pour les femmes de nationalité étrangère autre que celles de l'Europe ou du Maghreb est 2 à 3 fois plus élevé que celui des Françaises.

Conclusion – Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge pour certains groupes de femmes étrangères, et tout particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, assez nombreuses en France.

Mots clés / Key words

Mortinatalité, prématurité, hypotrophie, mortalité maternelle, nationalité / Stillbirth, preterm birth, low birth weight, maternal mortality, nationality

Introduction

La France a une tradition d'immigration et accueille une population jeune, ce qui conduit à une part importante de naissances issues de femmes étrangères, d'environ 12%. Les femmes immigrées ont souvent une situation sociodémographique moins favorable que le reste de la population, ce qui peut rendre difficile l'accès aux soins [1] et accroître les risques périnatals [2]. Compte tenu de l'évolution des mouvements migratoires issus des principales zones géographiques (Europe du Sud, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie), la composition de la population immigrée varie au cours du temps, les groupes de femmes immigrées à risque périnatal changent [3] et il est nécessaire d'étudier régulièrement la situation du point de vue de la santé périnatale. Des études ont également montré un risque accru de prématurité dans d'autres pays d'accueil en lien avec

l'origine géographique des mères, leur nationalité ou leur pays de naissance [4;5].

La santé maternelle est moins fréquemment explorée que celle de l'enfant. La mortalité maternelle reste l'indicateur essentiel de la santé des femmes. À notre connaissance, les données sur la morbidité maternelle n'ont pas fait l'objet jusqu'ici, au niveau national, de comparaisons entre femmes étrangères et femmes françaises.

Événement très rare en France, le décès des femmes en état gravidopuerpéral, dû à des causes obstétricales, est un signal d'alarme relatif à la qualité des soins en obstétrique et en anesthésie-réanimation.

En 2008, une étude cas-témoins (décès maternels/naissances de l'Enquête nationale périnatale de 1998) avait montré qu'après prise en compte des facteurs de confusion (âge, parité,

état de santé pendant la grossesse), le risque de décès maternel était plus important pour les femmes étrangères globalement (ORa=2,0 [1,4-2,8]) sur la période 1996-2001 [6;7]. Ce risque variait selon les nationalités, avec des ORa de 5,5 [3,3-9,0] pour les femmes de nationalité d'Afrique subsaharienne, et de 3,3 [1,7-6,5] pour les femmes de nationalité asiatique ou américaine, comparées aux Françaises. Ce sur-risque était en partie associé aux complications de l'hypertension et aux infections, mais aussi à une proportion plus élevée de soins non optimaux (78% globalement chez les étrangères *versus* 57% chez les Françaises). Les données publiées en 2010 ont confirmé que la mortalité maternelle restait différente selon les nationalités [8;9].

Cet article montre les différences de situation sociodémographique, de surveillance prénatale et d'issue de la grossesse selon la nationalité de