

4.3 - Les personnes de nationalité étrangère face au VIH/sida

Rédigé par Florence Lot (f.lot@invs.sante.fr)

Les points clés

- **Augmentation du nombre de cas de sida chez les personnes de nationalité étrangère entre 1998 et 2002, puis diminution entre 2002 et 2005.**
- **Diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les femmes de nationalité étrangère entre 2003 et 2005, malgré une poursuite des flux migratoires en provenance d'Afrique et une amélioration récente du dépistage dans cette population.**
- **40 % d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2005 (30 % de personnes d'Afrique subsaharienne et 10 % de personnes d'une autre nationalité).**
- **Population marquée par une grande précarité.**
- **Une partie des contaminations se produisent en France, d'où l'importance de la poursuite des campagnes de prévention ciblées.**

4.3.1 INTRODUCTION

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les caractéristiques des populations touchées par l'épidémie de VIH/sida, en France comme dans d'autres pays européens, se sont modifiées avec une proportion croissante de personnes originaires de pays d'endémie, et en particulier d'Afrique subsaharienne.

Les données de la déclaration obligatoire, analysées en fonction de la nationalité des personnes touchées, permettent, pour le sida, de disposer de tendances sur une longue période, de connaître les pathologies inaugurales de la maladie et de caractériser un sous-groupe de personnes développant le sida sans avoir été dépistées ou sans avoir été prises en charge. La surveillance du VIH est pertinente pour analyser les caractéristiques de la population découvrant sa séropositivité et le recul de trois années complètes permet, désormais aussi, une analyse des tendances temporelles récentes.

Caractérisation des étrangers/migrants dans les données de la déclaration obligatoire

Depuis la mise en place de la surveillance épidémiologique du sida dans les années quatre-vingt, la nationalité des personnes touchées a toujours été recueillie sur les fiches de déclaration obligatoire, permettant ainsi de caractériser la population étrangère.

Depuis 2003 et la mise en place de la notification obligatoire du VIH, peut aussi être caractérisée la population née à l'étranger, grâce au recueil du pays de naissance. Cette variable n'a pour l'instant pas été utilisée dans l'analyse des données, mais la pertinence du choix du pays de naissance par rapport à la nationalité peut néanmoins être discutée.

Quelle que soit la nationalité considérée, plus de 95 % des personnes de nationalité étrangère découvrant leur séropositivité sont nées dans le pays correspondant à leur nationalité (exemple, 96 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord sont nées en Afrique du Nord). Par contre, parmi les personnes nées dans un pays étranger, le fait d'être de nationalité étrangère varie selon les pays : 69 % des personnes nées en Afrique du Nord sont de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord, alors que 92 % des personnes nées sur le continent américain sont de nationalité d'un pays d'Amérique. Pour les personnes nées en Afrique subsaharienne, 87 % sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Ainsi, nationalité et pays de naissance sont assez superposables, en dehors de l'Afrique du Nord où l'analyse par nationalité sous-estime la population originaire du Maghreb. À l'inverse, une analyse par pays de naissance pourrait aussi surestimer la population originaire d'une zone géographique, sachant que des personnes françaises peuvent être nées à l'étranger.

Suite à une évaluation du dispositif de notification obligatoire du VIH depuis sa mise en place, plusieurs propositions ont été faites afin, notamment, de pouvoir recueillir la nationalité à la naissance. Une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a été donnée fin décembre 2006 et permettra de demander, désormais, cette information sur les fiches de notification obligatoire.

L'analyse de l'ensemble des trois variables (nationalité à la naissance, nationalité actuelle et pays de naissance) permettra de définir la population immigrée (personnes nées étrangères dans un pays étranger).

4.3.2 RÉSULTATS

4.3.2.1 Tendances temporelles du sida et du VIH

Tendances globales du sida

La place des étrangers dans l'épidémie de sida en France n'est pas nouvelle, mais a pris de l'ampleur depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Entre 1996 et 2005, elle s'est schématiquement articulée autour de trois phases (figure 1).

Avec la diffusion des nouvelles thérapeutiques antirétrovirales au cours de l'année 1996, l'incidence du sida a diminué de façon considérable cette année-là. Cette diminution a été moins marquée chez les

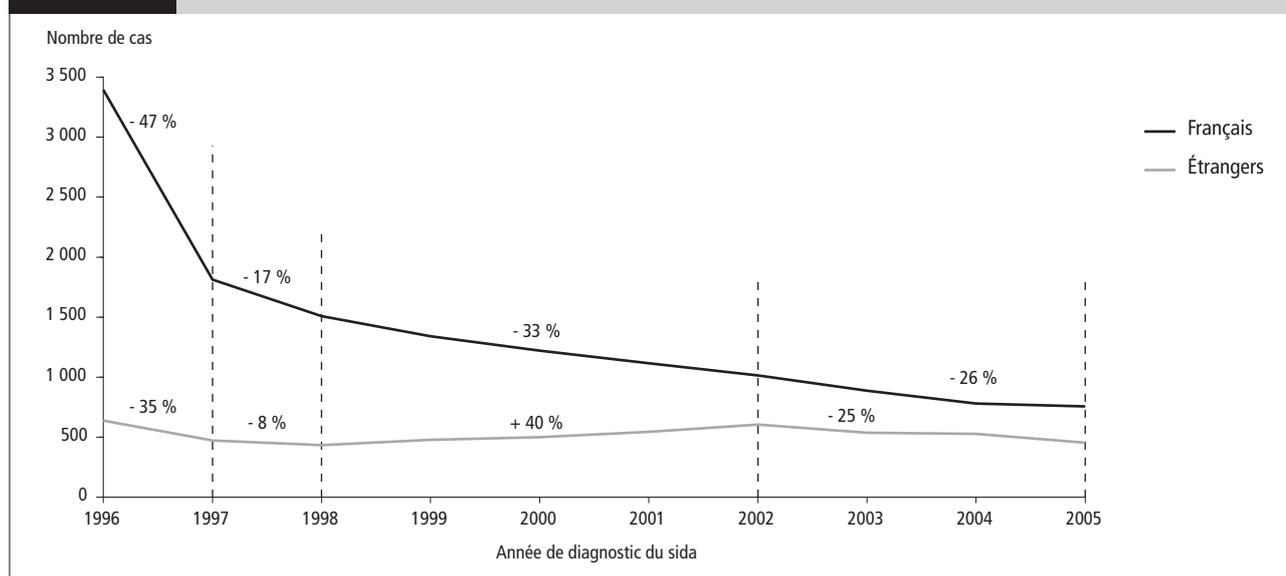
personnes de nationalité étrangère (-35 % entre 1996 et 1997) par rapport à celles de nationalité française (-47 %). Cette différence en fonction de la nationalité a aussi été observée entre 1997 et 1998.

Une augmentation du nombre de cas de sida a ensuite été constatée dans la population étrangère, dès 1999 et jusqu'en 2002 (augmentation de 40 % entre 1998 et 2002), alors que le nombre de cas continuait à diminuer chez les Français (pourcentage de diminution annuelle aux alentours de 10 %).

Entre 2002 et 2005, une diminution du nombre de cas de sida chez les personnes de nationalité étrangère est à nouveau constatée et elle est comparable à celle observée chez les personnes de nationalité française.

FIGURE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA CHEZ LES PERSONNES DE NATIONALITÉS FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE ENTRE 1996 ET 2005 (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



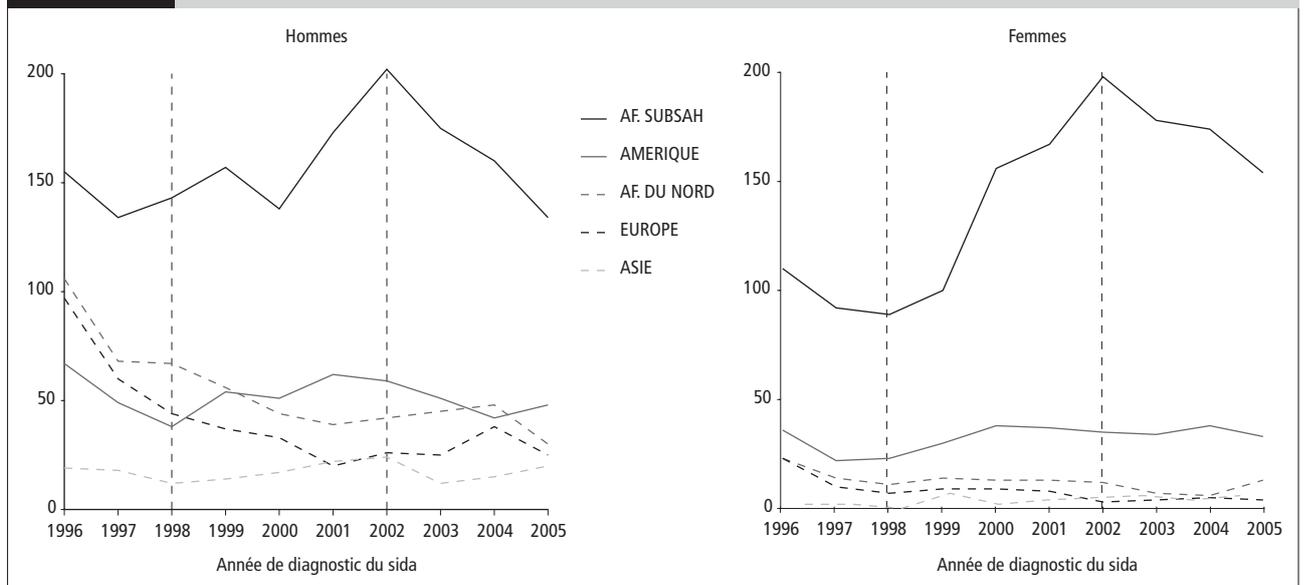
Évolution des cas de sida par sexe et nationalité

L'augmentation du nombre de personnes de nationalité étrangère atteintes de sida entre 1998 et 2002 a essentiellement concerné les femmes (+95 % entre 1998 et 2002), alors que le nombre de cas est resté relativement stable chez les hommes.

L'augmentation la plus importante a touché les femmes d'Afrique subsaharienne (+122 % entre 1998 et 2002 pour atteindre 200 cas) et, dans une moindre mesure, les femmes haïtiennes dont le nombre est beaucoup plus faible (+71 % pour atteindre 24 cas en 2002, figure 2).

FIGURE 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA CHEZ LES HOMMES ET FEMMES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE ENTRE 1996 ET 2005 (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



Les principaux pays concernés par cette augmentation ont été le Mali (+228 % entre 1998 et 2002), le Cameroun et le Congo-Brazzaville (+152 %), la Côte d'Ivoire (+90 %) et la République Centrafricaine (+79 %). L'augmentation du nombre de cas pour les personnes sénégalaises a été beaucoup moins marquée (+31 %).

Ces augmentations ont pu être mises en lien avec un accroissement des flux migratoires en provenance de ces pays (notamment du Cameroun et du Congo) et une prévalence du VIH chez les adultes élevée en République Centrafricaine, en Côte d'Ivoire, au Cameroun et au Congo (respectivement 14 % fin 1999, 11 %, 8 % et 6 %). La prévalence est par contre plus faible au Sénégal, de l'ordre de 2 % en 1999 [1].

À l'inverse, le nombre de cas de sida est resté stable chez les personnes de la République démocratique du Congo entre 1998 et 2002 et, parallèlement, les flux migratoires ont peu augmenté sur la période. La situation est un peu particulière pour le Mali, puisque le flux migratoire a été très élevé en 1998, puis moindre les années suivantes,

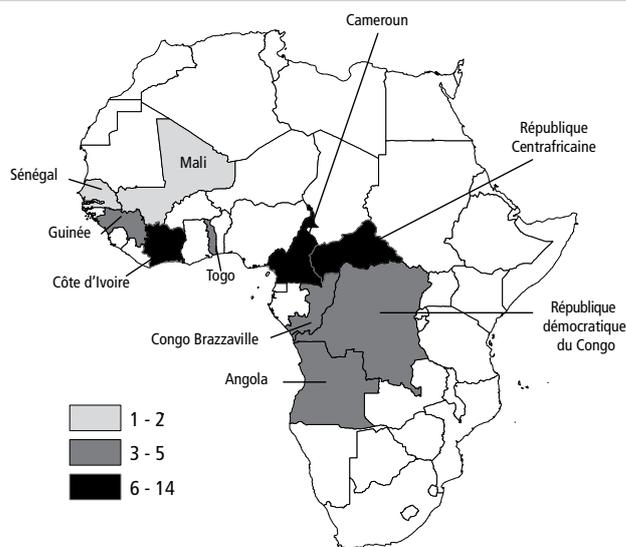
alors que la prévalence du VIH est dans ce pays "relativement" faible (2 %).

Entre 2002 et 2005, la diminution des cas de sida est constante quelle que soit la nationalité chez les hommes (en dehors de l'Europe de l'Ouest où on observe une tendance à l'augmentation liée à des personnes de nationalité portugaise et espagnole). Chez les femmes, la diminution n'est observée que chez les Africaines.

Au sein des personnes d'Afrique subsaharienne (hommes et femmes), la diminution est observée pour l'ensemble des nationalités les plus représentées (Côte d'Ivoire, Congo-Brazzaville, Mali, République Démocratique du Congo, Sénégal, Guinée et Angola). Par contre, le nombre de cas de sida est relativement stable chez les personnes camerounaises. À noter, une tendance à l'augmentation du nombre de cas chez les personnes togolaises (même si les effectifs restent faibles). Les prévalences fin 2003 dans ces pays d'Afrique ont peu varié par rapport à celles de 1999 (figure 3).

FIGURE 3

TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (EN %) ESTIMÉS DANS LA POPULATION ADULTE FIN 2003, DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE LES PLUS REPRÉSENTÉS DANS L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA EN FRANCE (SOURCE ONUSIDA)



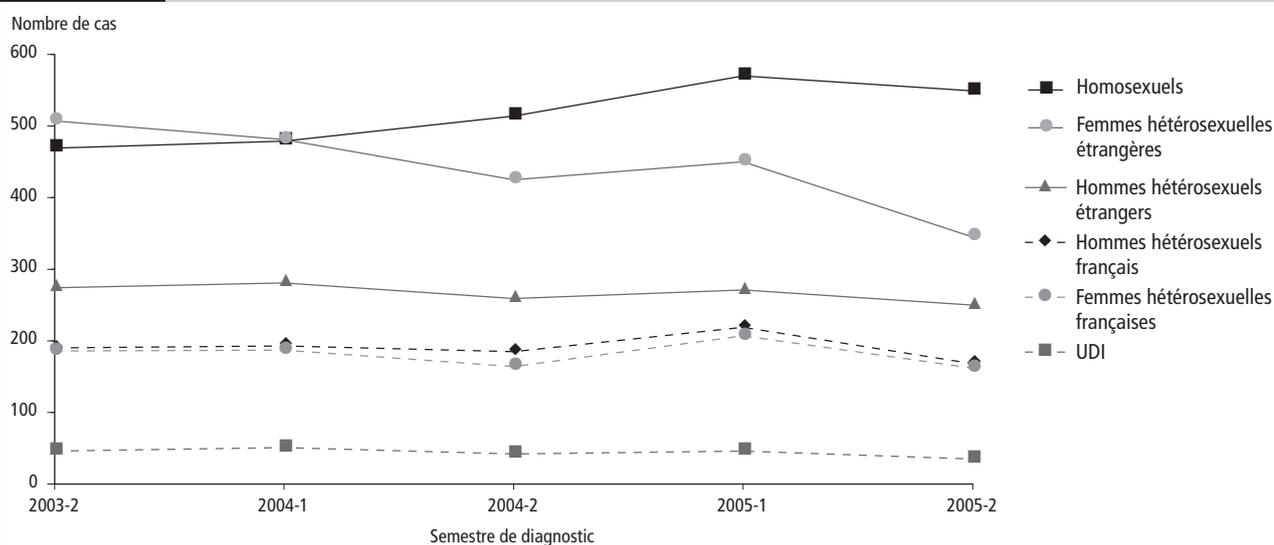
Tendances récentes du VIH

Concernant les tendances récentes du VIH, le seul groupe pour lequel on observe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité

entre 2003 et 2005 est celui des femmes de nationalité étrangère, et notamment des femmes africaines, tandis que le nombre de cas reste stable chez les hommes étrangers (figure 4).

FIGURE 4

NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH PAR MODE DE CONTAMINATION, SEXE, NATIONALITÉ ET SEMESTRE DE DIAGNOSTIC (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



4.3.2.2 Importance de chaque nationalité

Sur 4 400 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2005, 40 % sont de nationalité étrangère : 30 % ont la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, 4,7 % du continent américain, 2 % d'Afrique du Nord, 1,6 % d'Europe de l'Ouest, 1 % d'Asie et 0,6 % d'Europe Centrale ou de l'Est. Dans 46 % des cas, il s'agit de personnes françaises et la nationalité reste inconnue dans 14 % des cas.

On observe une nette disparité selon le sexe, 58 % des femmes et 29 % des hommes étant de nationalité étrangère.

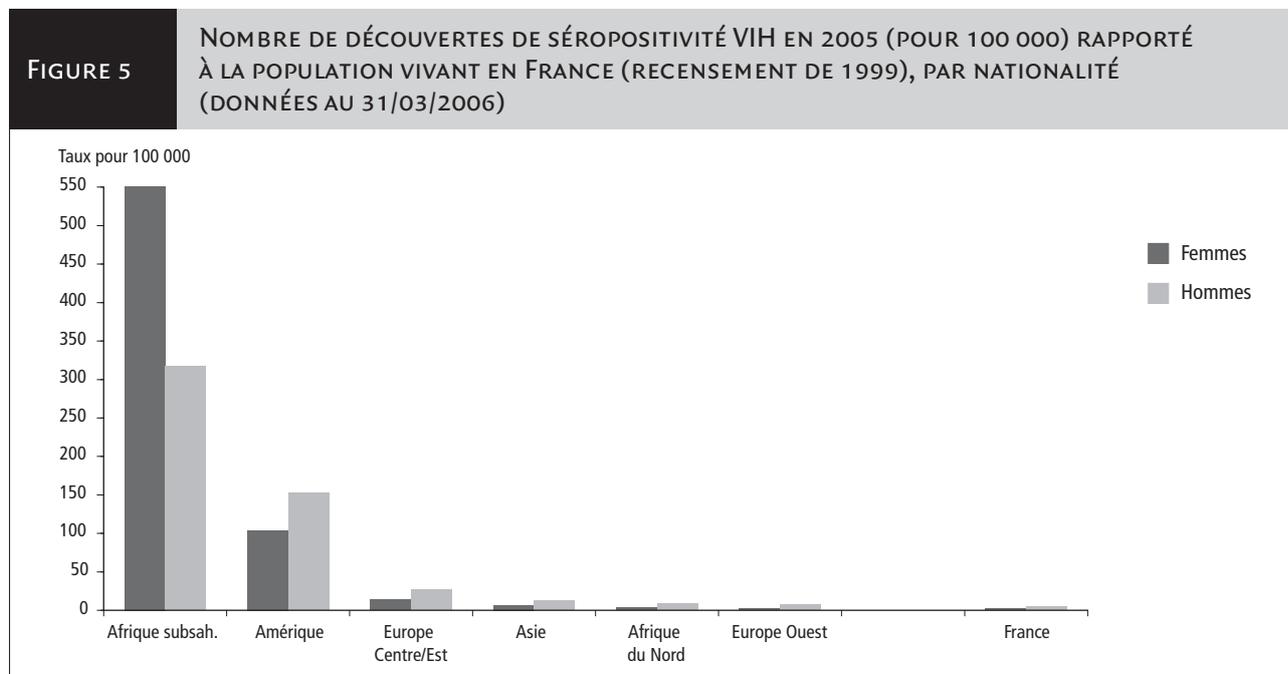
La part des étrangers parmi les personnes ayant développé un sida (38 %) en 2005 est assez proche de celle parmi les découvertes de séropositivité ; la comparaison est cependant limitée car le pourcentage de nationalités inconnues est quasiment nul à ce stade de la maladie (1 %).

Le "poids" de chaque nationalité dans l'épidémie de VIH/sida en France peut surtout être étudié en rapportant le nombre de découvertes de séropositivité au nombre de personnes vivant en France. On constate que la population d'Afrique subsaharienne reste largement touchée par le VIH, et notamment les femmes (figure 5).

Les taux observés pour les personnes de nationalité d'un pays d'Amérique sont liés à la situation particulière des Départements

français d'Amérique (DFA). En Guyane, 60 % des découvertes de séropositivité en 2005 concernent des étrangers, en particulier d'Haïti et du Surinam, mais aussi du Guyana et du Brésil. En Guadeloupe, ce sont 55 % des séropositivités VIH qui sont découvertes chez des étrangers, essentiellement des Haïtiens.

Les taux observés pour les autres nationalités étrangères ou pour les personnes de nationalité française sont beaucoup plus faibles.



4.3.2.3 Prévalence dans les populations étrangères

Peu de données de prévalence du VIH sont disponibles dans la population étrangère vivant en France.

Des données maintenant anciennes existent néanmoins chez les femmes enceintes, en fonction de leur pays de naissance, grâce à l'enquête Prevagest réalisée entre 1991 et 1997 en région parisienne [3]. Le taux de prévalence du VIH retrouvé en 1997 chez les femmes enceintes était environ huit fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne par rapport aux femmes nées en France métropolitaine (2,2 % [IC95 % : 1,31-3,08] vs 0,28 % [IC95 % : 0,15-0,41]). Pour les femmes nées dans les Caraïbes (y compris dans les DFA), le taux de prévalence du VIH était aussi plus élevé, mais de façon non significative (0,83 % [IC95 % : 0,17-2,43]). La prévalence chez les femmes nées dans un des pays du Maghreb était par contre proche de celle des femmes françaises.

L'enquête réalisée auprès des personnes ayant recours à un dépistage dans le cadre des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en 2004 a fourni des données plus récentes [4]. La prévalence de l'infection VIH était nettement plus élevée chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne (4,8 % [IC95 % : 1,9-7,7]) et de pays autres (0,93 % [IC95 % : 0-1,9]) que chez les Français (0,24 % [IC95 % : 0,09-0,38]) (cf. chapitre 2.2).

La prévalence des co-infections VIH/VHC ou VIH/VHB est connue grâce à l'enquête nationale de prévalence sur le VIH et les virus des hépatites,

qui a eu lieu en 2004 [5]. Parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne et séropositives pour le VIH, 10,2 % [IC95 % : 7,2-14,4] étaient porteuses d'au moins un des marqueurs sériques du VHC (anticorps anti-VHC ou ARN VHC) vs 24,3 % pour l'ensemble de la population VIH+ et 10,8 % [IC95 % : 7,7-14,9] étaient porteuses chroniques du VHB (AgHBs ou ADN VHB) vs 7,0 % dans la population VIH+. Les co-infections par le VHC ou le VHB étaient donc à des niveaux comparables dans la population d'Afrique subsaharienne séropositive pour le VIH, la prévalence du VHB étant celle observée dans ce continent. La prévalence du VHC est plus faible que celle observée pour les autres pays de naissance, l'usage de drogues par voie intraveineuse étant beaucoup moins fréquent parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne.

4.3.2.4 Caractéristiques des étrangers pour lesquels un diagnostic d'infection VIH ou de sida a été posé en 2005

L'âge moyen des personnes de nationalité étrangère, au diagnostic de sida, a significativement augmenté entre 1996 et 2005 chez les hommes, passant de 39,5 ans à 42,8 ans. L'âge des femmes est resté stable, de 35,2 ans en moyenne à 36,3. Cette différence d'évolution de l'âge pourrait être expliquée par le fait que l'augmentation du nombre de cas de sida a été plus importante chez les femmes étrangères que chez les hommes et, par conséquent, que le renouvellement de la population féminine a été plus important.

Les personnes de nationalité étrangère sont plus jeunes que les françaises, ceci est particulièrement vrai chez les femmes d'Afrique subsaharienne dont la moyenne d'âge à la découverte de la

séropositivité est de 32,1 ans vs 38,2 chez les femmes françaises. La différence d'âge entre hommes africains et hommes français est moins marquée (37,9 ans vs 40,1 ans).

Le mode de contamination des personnes d'Afrique subsaharienne est quasi exclusivement hétérosexuel (pour 81 % d'entre elles), 1,8 % ont été contaminées par des rapports homosexuels et 0,4 % par usage de drogues (le mode de contamination est inconnu dans 17 % des cas). Ce profil de transmissions est aussi observé chez les personnes haïtiennes.

Pour l'Europe de l'Ouest, les découvertes de séropositivité chez les homosexuels sont plus nombreuses que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels. En revanche, les diagnostics VIH chez les personnes d'Europe de l'Est concernent presque un tiers d'usagers de drogues.

Pour les autres nationalités, les contaminations par rapports hétérosexuels concernent entre la moitié et les deux tiers des découvertes de séropositivité, tandis que les rapports homosexuels concernent entre un quart et un tiers d'entre elles. À noter que chez les personnes d'Afrique du Nord, on observe une proportion croissante d'homosexuels (6 % en 2003 et 19 % en 2005).

La grossesse est un moment privilégié pour le diagnostic de l'infection VIH, puisque 20 % des femmes étrangères ont découvert leur séropositivité en 2005 alors qu'elles étaient enceintes vs 14 % des femmes françaises. Chez les femmes haïtiennes, ce sont même un tiers d'entre elles qui ont été dépistées lors d'une grossesse.

Chez les personnes ayant un retard aux soins, le pourcentage de découvertes de séropositivité à l'occasion d'une grossesse est de fait encore plus élevé, il concerne 36 % des femmes d'Afrique subsaharienne dans l'enquête "Retard" [2].

La proportion d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité varie d'une région à l'autre. En 2005, elle est supérieure à 30 % dans plusieurs régions (l'Alsace, le Centre, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie), supérieure à 40 % dans les DFA et supérieure à 50 % en Île-de-France (IDF). Les populations les plus représentées sont celles d'Afrique subsaharienne, sauf bien sûr dans les DFA. À noter que dans plusieurs régions comme Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Languedoc-Roussillon, les personnes d'Afrique du Nord représentent une part non négligeable parmi les étrangers ayant découvert leur séropositivité.

Plus de la moitié des étrangers et des Africains ayant découvert leur séropositivité en 2005 sont domiciliés en IDF (respectivement 56 % et 61 %).

4.3.2.5 Indicateurs de précarité

En 2005, nombre d'étrangers (73 %) sont sans activité professionnelle au moment de la découverte de leur séropositivité (par comparaison, ce pourcentage est de 36 % chez les Français). Le sous-emploi concerne tout particulièrement les femmes étrangères (83 % sont sans emploi) et relativement moins les hommes étrangers (62 % sont sans emploi). Ces chiffres peuvent paraître élevés, mais ils pourraient être liés en partie à une immigration récente, car le sous-emploi est moins important au moment du diagnostic de sida (73 % chez les femmes étrangères et 55 % chez les hommes étrangers). Des chiffres assez comparables sont aussi retrouvés dans la population africaine de l'enquête "Retard", où environ trois quarts des femmes et la moitié des hommes sont sans activité professionnelle [2] (cf. chapitre 2.3).

En 2005, au moment de la découverte de la séropositivité, plus de femmes étrangères occupent la profession d'employées par rapport aux femmes françaises et plus d'hommes occupent un emploi d'ouvriers par rapport aux hommes français.

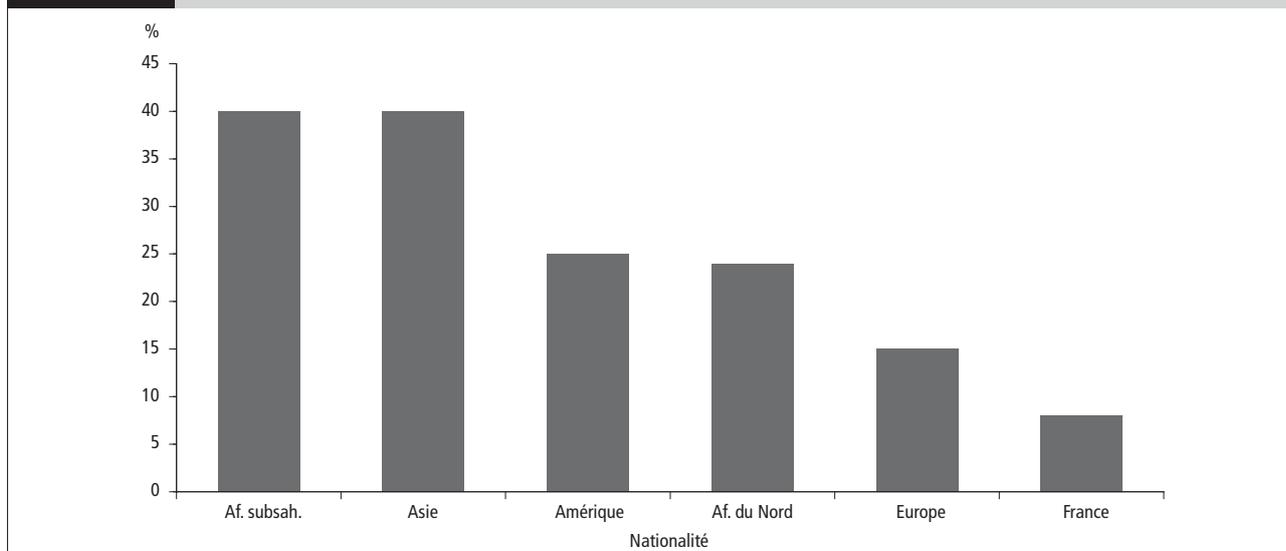
En plus du problème du sous-emploi, l'enquête ANRS-Vespa réalisée en 2003 chez les personnes vivant avec le VIH a mis en évidence, chez les migrants, des conditions précaires de logement (notamment chez les femmes) et des niveaux de revenus très faibles (en particulier chez les femmes seules avec enfant) [6]. L'enquête "Retard" a aussi clairement mis en évidence des situations d'isolement social et relationnel chez les femmes d'Afrique subsaharienne [2].

Ces situations de précarité des populations étrangères, en termes d'emploi, de revenu, de logement, de couverture sociale, de situation administrative sont plus prégnantes en cas d'immigration récente. L'enquête réalisée en 2002 chez des personnes d'Afrique subsaharienne VIH+ avait permis de distinguer trois classes homogènes de personnes, en fonction de leur date d'arrivée en France, dont un sous-groupe de personnes arrivées en France depuis 1999 et vivant dans des conditions socio-économiques très dégradées [1].

Ces mauvaises conditions socio-économiques se surajoutent au fait que ces populations sont originaires de pays où la transmission de la tuberculose est élevée. La tuberculose (pulmonaire et extra-pulmonaire) est donc la pathologie inaugurale de sida la plus fréquente en 2005 chez les étrangers, pour environ un tiers d'entre eux et pour 40 % des personnes d'Afrique subsaharienne et d'Asie (figure 6).

FIGURE 6

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE INAUGURALE DE SIDA EN 2005 SELON LA NATIONALITÉ (DONNÉES AU 31/03/2006)



En termes de tendances, il faut noter que la fréquence de la tuberculose inaugurale de sida a augmenté entre 1998 et 2002 chez les personnes d'Afrique subsaharienne (de 38 % à 48 %), puis a diminué ensuite pour retrouver les niveaux de 1998. Par comparaison, la fréquence de la tuberculose inaugurale de sida dans la population française est restée totalement stable autour de 9 %, entre 1998 et 2005.

4.3.2.6 Retard au dépistage

Un diagnostic de tuberculose chez une personne de nationalité étrangère doit toujours être l'occasion de réaliser un test de dépistage du VIH, mais cette opportunité reste néanmoins tardive.

Le fait d'être étranger ou migrant a souvent été retrouvé comme un facteur de risque de dépistage tardif, que ce soit à travers les données hospitalières françaises (FHDH), les résultats de l'enquête ANRS-Vespa ou les données de la déclaration obligatoire de sida [7]. L'analyse multivariée des cas de sida entre 1997 et 2005 a montré que, par rapport aux femmes françaises, les femmes africaines avaient un risque de retard au dépistage environ trois fois plus élevé et les hommes africains environ quatre fois plus élevé (retard défini comme un dépistage dans les 3 mois précédant le diagnostic de sida, cf. chapitre 2.3).

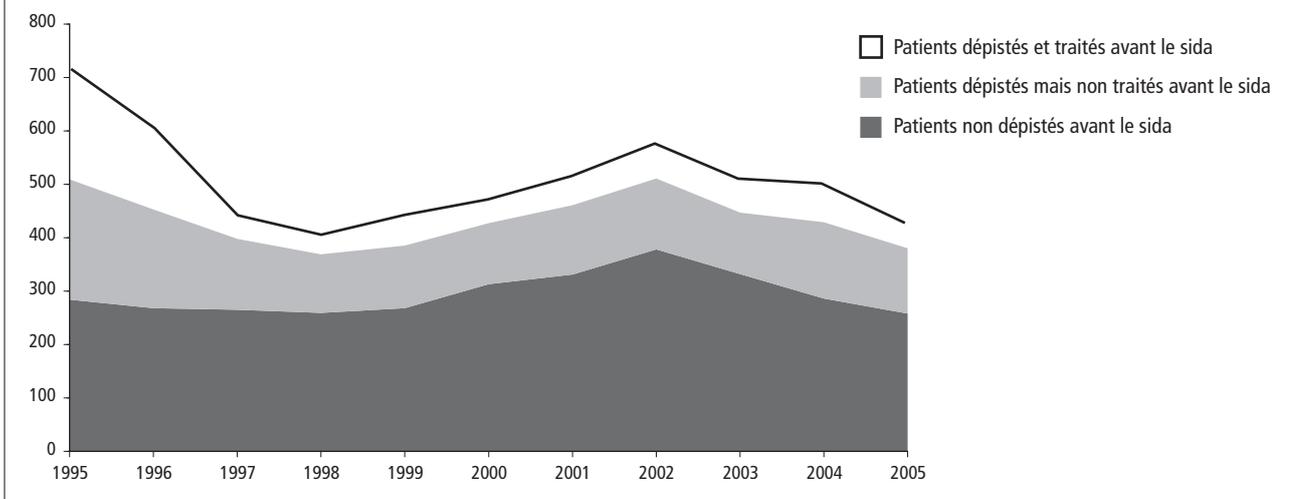
À partir des découvertes concomitantes VIH et sida dans les données de la déclaration obligatoire, deux indicateurs peuvent être construits, soit parmi les cas de sida, soit parmi les découvertes de séropositivité : l'un étant de savoir, parmi les diagnostics de sida en 2005, combien de personnes ignoraient leur séropositivité VIH, l'autre étant de savoir, parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité en 2005, combien étaient déjà à un stade clinique de sida.

Si on s'intéresse au premier indicateur, on constate que les évolutions du sida chez les personnes de nationalité étrangère sont essentiellement liées au sous-groupe de personnes découvrant leur séropositivité et leur sida de façon concomitante ("non dépistées", figure 7). Après une augmentation, entre 1998 et 2002, du nombre de personnes étrangères non dépistées pour le VIH au moment du diagnostic de sida, leur nombre a ensuite diminué. Cette tendance récente tend à montrer une amélioration du dépistage, même dans cette population contaminée depuis de nombreuses années (puisque susceptible de développer un sida). Ainsi, 57 % des étrangers et 55 % des Africains qui ont développé un sida en 2005 ignoraient leur séropositivité (pourcentages en diminution mais qui restent plus élevés que chez les Français, 42 %).

Par contre, le nombre de personnes dépistées mais n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida ("dépistés non traités") est relativement stable depuis 1997, comme s'il y avait des freins à une prise en charge optimale, une fois la séropositivité découverte.

FIGURE 7

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA EN FONCTION DE LA CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ ET DE LA PRISE D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AVANT LE DIAGNOSTIC DE SIDA, CHEZ LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



Si on analyse maintenant le deuxième indicateur, on constate qu'en 2005, 16 % des étrangers et 13 % des personnes d'Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité VIH sont déjà à un stade clinique de sida (18 % chez les Français).

Ainsi, les déclarations obligatoires sida et VIH semblent contradictoires : forte proportion d'ignorance de la séropositivité parmi les personnes étrangères développant le sida (57 %) et plus faible proportion de stades sida parmi les personnes étrangères découvrant leur séropositivité (16 %). Ceci peut s'expliquer par une amélioration récente du dépistage chez des personnes d'Afrique subsaharienne dans un contexte de poursuite de diffusion du VIH. Cette amélioration toucherait moins les personnes les plus anciennement contaminées, celles susceptibles de développer un sida actuellement.

D'autres données tendent à montrer cette amélioration récente du dépistage dans la population étrangère. Les enquêtes transversales réalisées dans les CDAG tout d'abord, ont montré que le recours des immigrés à un dépistage anonyme avait augmenté entre 2000 et 2004 (ils représentaient environ 5 % des consultants en 2000 et plus de 10 % en 2004) [4]. L'enquête de 2004 a aussi observé que les immigrés, dont ceux d'Afrique subsaharienne, avaient plus souvent été testés pour le VIH au moins une fois dans leur vie, par rapport aux autres consultants. Les premiers résultats de l'enquête "KABP migrants" sont aussi en faveur d'antécédents de tests plus fréquents dans la population africaine qu'en population générale [Nathalie Lydié, communication personnelle].

Par ailleurs, l'enquête ANRS-Vespa a montré que le retard au dépistage était lié au délai entre la contamination et le moment de la migration. Les personnes d'Afrique subsaharienne semblent avoir été dépistées assez rapidement après leur arrivée en France et ont donc été peu pénalisées par un retard au dépistage sur le sol français. L'enquête "Retard" tend à observer ce phénomène surtout chez les femmes, tandis que les hommes ont un vrai retard au dépistage, notamment en raison d'une méconnaissance des risques [2].

4.3.3 DISCUSSION/CONCLUSION

Entre 5 et 6 % des personnes résidant en France sont des personnes de nationalité étrangère, alors qu'elles représentent 38 % des cas de sida en 2005 et 40 % des découvertes de séropositivité.

Comparativement, les immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) représentent 8,1 % de la population vivant en France, mais 21,6 % de la population vivant avec le VIH en France (enquête ANRS-Vespa).

Les immigrés et étrangers vivant en France sont donc particulièrement touchés par le VIH/sida et tout particulièrement la population d'Afrique subsaharienne, avec un taux de découvertes de séropositivité en 2005 plus de 100 fois supérieur à celui observé chez les personnes de nationalité française (et même 400 fois plus chez les femmes). Ce chiffre élevé chez les femmes africaines peut être le reflet d'un meilleur accès au dépistage que chez les hommes, mais est sans doute aussi celui d'une féminisation de l'épidémie en Afrique subsaharienne, où presque 60 % des adultes infectés par le VIH sont des femmes.

L'importance des personnes d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de VIH/sida est aussi observée dans d'autres pays européens disposant d'un système national de surveillance du VIH (ce qui n'est pas le cas de l'Espagne et l'Italie). Ainsi, en France, en 2005, environ 1 découverte de séropositivité sur 3 (30 %) concerne une personne d'Afrique subsaharienne ; en Suède, en Irlande, en Belgique ou au Royaume-Uni, le pourcentage de personnes originaires d'Afrique subsaharienne est sensiblement équivalent (respectivement 40 %, 37 %, 31 %, 30 %) [8]. Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, la proportion de personnes d'Afrique subsaharienne est encore plus élevée, supérieure à la moitié des cas.

En France, malgré le lourd tribut payé par les populations d'Afrique subsaharienne, plusieurs points positifs sont observés, comme notamment la diminution, entre 2003 et 2005, du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les femmes africaines et la stabilisation chez les hommes africains. Ce constat paraît encourageant en termes de nouvelles contaminations, même s'il est d'interprétation difficile, car il dépend aussi des comportements de dépistage et des

flux migratoires. Mais les flux migratoires en provenance de la plupart des pays concernés (Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo) sont toujours en augmentation (jusqu'en 2004, dernières données Ined disponibles) et l'accès au dépistage de cette population semble avoir augmenté ces dernières années.

Le meilleur accès au dépistage de cette population a pour conséquence une diminution du nombre de personnes méconnaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida et donc une diminution du nombre global de cas de sida depuis 2002. Les campagnes d'incitation au dépistage qui se sont déroulées depuis le début des années 2000 ont semble-t-il porté leurs fruits et le dépistage semble se faire dans la population d'Afrique subsaharienne de façon moins tardive qu'auparavant.

La précarité socio-économique des personnes d'origine étrangère reste préoccupante et constitue un problème majeur, puisque c'est un facteur connu pour conduire à une moins bonne observance des traitements. L'enquête ANRS-Vespa met effectivement en évidence une moins bonne observance chez les migrants par rapport aux non-migrants [9,10]. Mais à observance égale, les migrants semblent être plus à risque d'échec thérapeutique, ce qui pourrait là aussi s'expliquer par des différences de conditions de vie [10].

Parallèlement à ces tendances récentes du VIH/sida dans la population étrangère, on ne dispose pas de données d'évolution des infections sexuellement transmissibles (IST) dans cette population. Ce manque de données sur les IST peut s'expliquer par le non-recueil de la nationalité dans les réseaux de surveillance et par leur manque de représentativité par rapport à la population générale.

Environ les trois quarts des personnes d'Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité VIH en France, en 2005, ont été infectées par des sous-types qui prédominent en Afrique (sous-types non-B). Le quart restant a été infecté par un sous-type très peu présent sur le continent africain et qui est au contraire majoritaire en France (sous-type B). Ces données sur les caractéristiques virales montrent donc qu'une partie des contaminations dans la population africaine se sont produites en France (ou en Europe de l'Ouest).

Les données basées sur le test d'infection récente, qui montrent qu'environ 10 % des Africains ont été contaminés dans les 6 mois ayant précédé la découverte de leur séropositivité, confortent ce résultat. Il est donc nécessaire de ne pas relâcher les efforts de prévention au sein des communautés étrangères vivant en France, tout en poursuivant les actions d'incitation au dépistage et en optimisant la prise en charge de ces populations.

MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans ce chapitre sont essentiellement issues du système de déclaration obligatoire, des cas de sida entre 1996 et 2005 et des diagnostics VIH de 2003 à 2005. D'autres données sont citées, comme l'enquête réalisée en 2002 dans les hôpitaux d'Île-de-France sur le parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH [1] ou l'enquête "Retard" réalisée en 2003-2004 dans six services d'Île-de-France et de Midi-Pyrénées chez les personnes ayant un accès tardif aux soins pour le VIH [2].

Les déclarations obligatoires permettent de caractériser la population étrangère touchée, au travers de la nationalité des personnes. Cette variable recueillie depuis le début de la mise en place de la surveillance épidémiologique du sida, dans les années quatre-vingt, permet d'analyser les évolutions sur plus de vingt ans. Cette variable est aussi recueillie depuis 2003 dans les déclarations obligatoires d'infection à VIH. Les analyses sont faites par regroupement des nationalités : Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Amérique (en distinguant éventuellement Haïti), Asie, Europe hors France (en distinguant éventuellement Europe de l'Ouest et Europe Centrale/de l'Est). Dans les autres sources de données citées, les critères de définition sont rarement la nationalité, mais plus souvent le pays de naissance ou l'origine géographique.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Valin N, Lot F, Larsen C, Gouézel P, Blanchon T, Laporte A. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002. Rapport InVS. Février 2004.
- [2] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête "Retard", France, novembre 2003-août 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006;31:227-9.
- [3] Couturier E, Brossard Y, de Benoist AC, Six C, Larsen M, Henrion R, Brunet JB. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : Prevagest 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd 1998;18:73-75.
- [4] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd 2005;46-47:233-5.
- [5] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. Bull Epidemiol Hebd 2005;23:109-12.
- [6] Lert F, Obadia Y et l'équipe de l'enquête Vespa. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? Populations et sociétés 2004;406:1-4.
- [7] Mary-Krause M. Épidémiologie de la prise en charge tardive. Journée de réflexion scientifique "Prise en charge tardive de l'infection par le VIH" organisée par le TRT-5, 24 mars 2006.
- [8] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. No73.
- [9] Marcellin F, Carrieri MP, Peretti-Watel P, Bouhnik AD, Obadia Y, Lert F, et al. Do migrants overreport adherence to highly active antiretroviral therapy ? Results from the French Vespa national survey. J Acquir Immune Defic Syndr 2006;42:646-7.
- [10] Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F and the Vespa study group. Hétérogène response to HAART across a diverse population of people living with HIV : results from the ANRS-EN12-VESPA study. AIDS 2007;21:S5-S12.