



Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004

Marcel Calvez (marcel.calvez@uhb.fr)¹, Caroline Semaille², François Fierro³, Anne Laporte⁴

¹Université Rennes 2

²Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

³Association Prism - Pour la recherche et l'information sociale et médicale et Université Toulouse le Mirail

⁴Observatoire du Samu social, Paris

INTRODUCTION

Les données récentes sur les nouveaux diagnostics de VIH-sida mettent en évidence le poids grandissant des personnes originaires d'Afrique subsaharienne [1]. L'enquête ANRS-Vespa réalisée auprès d'un échantillon statistiquement représentatif des personnes vivant avec le VIH souligne également l'importance de la population d'origine étrangère et, parmi elle, des personnes originaires d'Afrique subsaharienne [2,3]. Alors que l'effort de recherche s'est largement porté sur d'autres groupes touchés par le VIH, cette population n'a pas encore reçu une attention comparable de la recherche en sciences sociales et en santé publique. L'enquête Retard [4], réalisée dans le cadre des programmes de l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales), fournit des informations sur les personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui sont en accès tardif aux soins. En reliant cet accès tardif à leur mode de vie, elle met l'accent sur les situations de précarité qui les caractérisent.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête Retard est une enquête par questionnaire réalisée entre novembre 2003 et août 2004 auprès de patients qui, suite à un dépistage du VIH, ont engagé un suivi hospitalier régulier avec un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ entre le 1^{er} octobre 1997 et le 1^{er} octobre 2003. Elle a été menée dans six services de maladies infectieuses d'Ile-de-France et un service de Midi-Pyrénées. Les médecins de services hospitaliers ont proposé l'enquête à tous les patients correspondant aux critères d'inclusion et qu'ils estimaient aptes à répondre.

L'enquête a concerné 267 personnes, dont 52 % sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, soit 95 femmes sur 115 femmes (83 %) et 45 hommes sur 152 (30 %). Parmi elles, 4 hommes et 6 femmes ont acquis la nationalité française. La part des personnes nées en Afrique subsaharienne est comparable à celle observée dans l'enquête ANRS-Vespa pour les personnes dépistées entre 1997 et 2003. Seuls 2 hommes et 5 femmes d'origine africaine ont été recrutés dans le service de province. Les données présentées concernent donc quasi-exclusivement des personnes suivies dans les hôpitaux d'Ile-de-France.

L'enquête Retard s'intéresse aux conditions de vie et à l'univers relationnel des personnes en accès tardif [4]. Les données mobilisées sont présentées en fonction du sexe dans l'objectif de faire ressortir la situation des femmes originaires d'Afrique subsaharienne dont le poids augmente chez les personnes séropositives. Le seuil de significativité retenu est de 95 % ($p < 0,05$).

Par ses critères d'inclusion, l'enquête Retard présente des tendances récentes de l'accès tardif aux soins, mais ne peut pas prétendre à une représentativité. C'est dans ces limites, qu'il convient de considérer les données présentées.

RÉSULTATS

La population de l'enquête Retard originaire d'Afrique subsaharienne (140 personnes) est décrite dans le tableau 1. Elle est plus jeune que la population française en accès tardif aux soins (34,1 ans contre 42,8 ans, $p < 0,001$). L'écart d'âge est notable entre les hommes et les femmes (respectivement 38,8 ans et 31,9 ans, $p < 0,001$). La durée moyenne de séjour en France pour les 130 personnes qui n'ont pas la nationalité française est de 6,5 années. Les hommes ont une durée de séjour plus importante que les femmes (respectivement 9,9 années et 4,8 années, $p < 0,01$). Les hommes qui sont arrivés en France depuis plus de deux ans ont une durée de séjour de 15,9 années, ce qui témoigne d'une implantation longue en France contrairement aux femmes.

La comparaison avec la population de nationalité étrangère hors Union européenne et Maghreb résidant en Ile-de-France en 1999 indique une surreprésentation des femmes de moins de 35 ans et des hommes de plus de 35 ans dans l'enquête Retard. Un homme sur cinq et une femme sur trois n'ont aucun diplôme. Cela est plus notable chez les femmes dont plus de la moitié ont au mieux suivi une classe de troisième générale ou d'enseignement professionnel court, ce qui se retrouve dans l'importance des diplômes inférieurs au baccalauréat.

A la faiblesse des diplômes, correspond une faible qualification dans l'activité professionnelle. Ainsi, les femmes qui travaillent exercent majoritairement des activités de ménage et de nettoyage, le plus souvent à temps partiel. Les hommes ont des activités plus qualifiées (professions intermédiaires, ouvriers qualifiés). Ces profils professionnels se retrouvent chez les

SOMMAIRE

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH, données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004	p. 227
Déterminants de la vaccination anti-grippale parmi le personnel de deux centres hospitaliers français en 2004	p. 229
Épidémiologie de l'asthme à la Réunion : analyse de la mortalité (1990-1998) et de la morbidité hospitalière (1998-2002)	p. 232

Tableau 1

Description sociodémographique de la population originaire d'Afrique sub-saharienne (n=140), étude Retard, France, novembre 2003-août 2004

Effectifs		Hommes % (n=45)	Femmes % (n=95)	
Âge	Moins de 35 ans	22,2	58,9	p<0,0001
	De 35 à 45 ans	48,9	31,6	
	Plus de 45 ans	28,9	9,5	
Diplômes	Sans diplôme ou inférieur au baccalauréat	44,4	74,7	p=0,0004
	Supérieur ou égale au bac.	55,6	25,3	
Profession actuelle	Indépendants et cadres	24,5	2,1	p=0,0001
	Ouvriers et employés	22,2	24,2	
	Sans profession	53,3	73,7	
Durée de séjour en France*	Moins d'un an	21,9	14,6	p=0,01
	Un à deux ans	19,5	21,4	
	Deux à trois ans	9,8	34,8	
	Plus de trois ans	48,8	29,2	
Revenus du ménage	< 1 000 €	64,5	67,4	NS
	> 1 000 €	31,1	21,0	
	Non déclaré	4,4	11,6	
	En dessous du seuil de pauvreté (% de la pop)	26,7	30,5	
Conditions de vie	Seul sans enfants	46,6	32,6	p=0,006
	Seul avec enfants	-	21,1	
	Couple sans enfants	26,7	28,4	
	Couple avec enfants	26,7	17,9	
Avoir confiance dans les proches	Oui	71,2	54,7	p=0,06
	non	28,8	45,3	

*Concerne 41 hommes et 89 femmes de nationalité étrangère auxquels la question a été posée.

personnes qui ont exercé une activité professionnelle en France, mais qui étaient sans activité au moment de l'enquête. L'absence d'activité professionnelle au moment de l'enquête correspond à deux phénomènes : d'une part, environ un tiers des hommes et des femmes déclarent avoir exercé un travail en France, mais ne plus travailler ; d'autre part, un homme sur cinq et deux femmes sur cinq déclarent ne jamais avoir exercé d'activité professionnelle en France. Parmi les personnes qui travaillent, seul le tiers n'a pas connu de période de chômage ou d'inactivité de plus de six mois au cours des cinq années précédant l'enquête.

La population d'origine subsaharienne dans l'enquête Retard est ainsi marquée par une précarité professionnelle à laquelle correspond une faiblesse des revenus. Pour 37 % de la population, les revenus sont issus du travail, y compris au noir ; 34 % déclarent n'avoir aucun revenu ; 20 % bénéficient des transferts sociaux et 9 % d'allocation chômage. Le groupe en dessous du seuil de pauvreté représente 29 % de la population. Il est majoritairement composé de femmes (29 sur 41) dont 7 vivent seules sans enfants et 8 avec au moins un enfant. Les hommes en dessous du seuil de pauvreté vivent tous en couple.

L'entourage relationnel est majoritairement restreint (moins de 5 personnes proches) ou moyen (de 5 à 15 personnes) ; 9 personnes déclarent n'avoir personne de proche. Dans les trois quarts des cas, l'entourage est constitué de la famille et de personnes rencontrées en dehors du voisinage ou du travail. Les femmes déclarent moins souvent que les hommes avoir confiance dans leur entourage. L'analyse développée dans le rapport [4] conduit à souligner que les personnes en accès tardif sont de façon dominante dans des réseaux fermés qui leur imposent des conduites à

tenir et qui sont peu susceptibles de favoriser des engagements de confiance. Loin d'être un soutien, ils limitent fortement leurs capacités d'action et leurs possibilités de relations. Le dépistage du VIH a lieu suite à des symptômes ou une maladie pour 64 % des hommes et 37 % des femmes ou lors des examens de grossesse pour 36 % des femmes. La majorité de la population déclare ne pas savoir comment elle a été contaminée (tableau 2). Le questionnaire demande également aux répondants comment ils ont été ou pourraient avoir été contaminés en leur proposant des items relatifs à la transmission du VIH (par ex. lors de relations sexuelles avec un homme, avec une femme). Dans ce cas, un peu moins d'une personne sur deux ne sait pas ou n'envisage pas la façon dont elle aurait pu contracter le VIH. L'absence d'information du partenaire sexuel concerne plus les hommes que les femmes ; elle est dissociée de la confiance attribuée à l'entourage.

L'absence massive de représentation de sa propre contami-

nation ne résulte pas d'une mauvaise évaluation des risques associés aux modes établis de transmission du VIH dont les scores sont élevés. Elle va de pair avec une estimation de risques moyens ou forts pour des situations de transmission non avérée, comme la transmission par les moustiques ou la salive. En analyse univariée, cette estimation de risques non avérés est associée à l'absence ou au faible niveau de diplôme ainsi qu'à l'absence d'activité professionnelle et de logement occupé en propre (tableau 3). Elle va également de pair avec l'absence de connaissance ou de représentation de son mode de contamination. Toutefois, en analyse multivariée, seul l'effet diplôme demeure ; cela tient principalement au contraste entre une population féminine peu scolarisée et une part réduite d'hommes hautement diplômés.

Discussion et conclusion

La population originaire d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins n'est pas homogène au regard de son ancienneté en France, de ses conditions de travail et de vie. Une distinction majeure peut être faite entre des hommes établis de longue date, insérés dans des milieux de travail et bénéficiant d'un

Tableau 2

Représentation de la contamination et information du partenaire, étude Retard, France, novembre 2003-août 2004

Effectifs		Hommes % (n=45)	Femmes % (n=95)	
Estimation du mode de contamination	Sait	13,3	14,7	p=0,01
	Pense savoir	31,1	11,6	
	Ne sait pas	55,6	73,7	
Mode de transmission connu ou envisagé	Relations homosexuelles	2,2	-	NS
	Relations hétérosexuelles	40,0	37,9	
	Voie sanguine	15,6	14,7	
	Inconnu	42,2	47,4	
Information du partenaire sexuel actuel sur son statut VIH (si partenaire)*	Oui	55,9	79,4	p=0,01
	Non	44,2	20,6	

* H = 34 ; F = 68. L'existence d'un partenaire sexuel n'est pas équivalente à la vie en couple.

Tableau 3

Analyse univariée des facteurs associés à une perception importante de risques non avérés, étude Retard, France, novembre 2003-août 2004

Variables	N	% de risques non avérés	OR	IC à 95 %	p
Niveau de diplôme					
Supérieur ou égal au baccalauréat	49	59,2	1		
Inférieur au baccalauréat	91	86,8	4,54	[1,98-10,42]	0,0004
Revenus					
Supérieurs à 1 000 €	47	68,1	1		
Inférieurs à 1 000 €	93	81,7	2,10	[0,93-4,69]	0,07
Occupation du logement					
Vit dans son propre logement	54	68,5	1		
Ne vit pas dans son logement	86	82,6	2,17	[0,98-4,84]	0,06
Mode de transmission du VIH					
Connu ou envisagé	76	69,7	1		
Inconnu	64	85,9	2,65	[1,12-6,25]	0,02

entourage familial et des femmes plus jeunes, arrivées de façon récente en France, sans emploi et vivant dans des conditions précaires. Pour ces hommes, la connaissance tardive de la séropositivité renvoie à l'accès tardif des hommes au système de soins [5], doublé d'une méconnaissance de l'exposition aux risques, alors que pour une majorité de ces femmes, dans la mesure où l'arrivée en France et le dépistage sont rapprochés, l'accès tardif aux soins est tributaire du contexte de la migration. Cela s'observe également chez un nombre restreint d'hommes hautement diplômés et sans emploi, venus récemment se faire soigner en France.

L'enquête Retard met également en évidence la précarité des conditions de vie d'une fraction des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Cela concerne essentiellement les femmes les plus jeunes qui ne bénéficient pas d'une insertion socioprofessionnelle, ne font pas confiance au réseau familial ou domestique dans lequel elles sont prises, qui ont des difficultés à évaluer de façon pertinente les risques effectifs de transmission du VIH. Ces indicateurs convergents d'une vulnérabilité tracent un profil de personnes en situation d'isolement social et relationnel pour lequel l'hôpital peut être un relais nécessaire dans la prise en charge non seulement médicale, mais aussi sociale de la maladie. Enfin, l'enquête fait émerger

l'absence d'information des partenaires sexuels et plus généralement l'absence de communication autour de la séropositivité avec son entourage.

L'enquête Retard appelle des prolongements prenant en compte la diversité des trajectoires de migration et des modes de vie en France. Elle donne à connaître des situations de fragilité et de vulnérabilité auxquelles doivent s'adapter les actions de prévention et de prise en charge de l'infection. Nous pensons que l'hôpital peut être le pivot de ces actions parce qu'il constitue un cadre de référence fiable pour ces personnes, contrairement

aux réseaux relationnels dont elles se délient. Cela passe par une incitation au dépistage et la diffusion d'informations dans leurs relations de proximité pour favoriser une maîtrise par les personnes de leurs conduites de santé.

RÉFÉRENCES

- [1] InVS, Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004, Bull. Épidémiol hebdomadaire, 2005; 46-47:230-2.
- [2] Lert F, Obadia Y et équipe Vespa. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? Populations et sociétés, 2004; 406:1-4.
- [3] Lert F, Dray-Spira R, Sitta R et al. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2005; 53:79-85.
- [4] Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contextes socioculturels. Rapport sous la responsabilité scientifique de M. Calvez (Université Rennes 2). ANRS, PRISM, Observatoire du Samu social, Université Rennes 2, InVS, 2006.
Consultable aux adresses suivantes : <http://halshs.ccsd.cnrs.fr/halshs-00007973> ; http://www.invs.sante.fr/publications/2006/recours_tardifs_vih/index.html.
- [5] Hunt K, MacIntyre S, Genre et inégalités de santé, in: Leclerc A, Fassin D et al. Les inégalités sociales de santé, Éditions de la découverte/Inserm, Paris, 2000:363-75.

Déterminants de la vaccination anti-grippale parmi le personnel de deux centres hospitaliers français en 2004

Stéphanie Rivière (stephanie.riviere@cict.fr)^{1,2}, Gwénola Gourvellec^{1,4}, Brigitte Helynck³, Isabelle Bonmarin³

¹Profet, Programme de formation à l'épidémiologie de terrain, Institut de veille sanitaire

²Institut de veille sanitaire, Cellule d'intervention régionale en épidémiologie, Toulouse

³Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

⁴Institut de veille sanitaire, Cellule d'intervention régionale en épidémiologie, Marseille

INTRODUCTION

La grippe est une infection respiratoire aiguë très contagieuse, cosmopolite et évoluant par épidémies saisonnières en France. Généralement bénigne, elle reste responsable en France de plusieurs milliers de décès chez les personnes fragilisées, notamment les personnes de plus de 65 ans.

Un vaccin, qui a prouvé son efficacité en réduisant la morbidité et la mortalité dans les groupes à risque, est disponible chaque année. La vaccination est recommandée aux personnes fragilisées et, depuis 1999, en France, aux professionnels de santé pour protéger les patients car le personnel peut jouer un rôle important dans la dissémination de la maladie.

A travers le monde, la couverture vaccinale anti-grippale des personnels hospitaliers reste faible [1,2]. En France, elle se situe autour de 15 %. Les déterminants de cette vaccination

ont été étudiés dans des pays anglo-saxons ou européens [1-4] mais restent peu connus en France. La connaissance de ces déterminants chez le personnel hospitalier français est cruciale pour permettre d'adapter les stratégies de promotion de la vaccination afin d'améliorer la couverture vaccinale anti-grippale.

L'objectif de cette enquête était d'identifier les déterminants de la vaccination anti-grippale parmi le personnel de deux centres hospitaliers français afin de proposer des recommandations aux médecins du travail pour les prochaines campagnes.

MÉTHODE

Cette enquête s'est déroulée dans les hôpitaux de Montluçon et Vichy en octobre-novembre 2004. En 2003, la couverture vaccinale anti-grippale dans ces établissements était de 12 %.