

Nadia Valin, Florence Lot, Christine Larsen, Pascal Gouézel, Thierry Blanchon, Anne Laporte

Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002



Nous remercions tous les médecins, ayant accepté de collaborer à l'étude et de proposer à leurs patients originaires d'Afrique subsaharienne d'y participer, et en particulier les médecins ci-dessous :

Dr M. Bentata, Hôpital Avicenne (Bobigny) ;

Pr P. Yeni, Pr E. Bouvet, Pr S. Matheron, Hôpital Bichat (Paris) ;

Pr D. Sicard, Hôpital Cochin (Paris) ;

Dr D. Mechali, Dr M.A. Khuong-Josses, Hôpital Delafontaine (St Denis) ;

Dr D.Troisvallets, Hôpital de Gonesse ;

Pr A. Sobel, Dr A.S. Lascaux, Hôpital Henri Mondor (Créteil) ;

Pr J.F. Delfraissy, Hôpital du Kremlin Bicêtre ;

Pr C. Caulin, Dr P. Sellier, Hôpital Lariboisière (Paris) ;

Pr P. Vinceneux, Dr E. Mortier, Hôpital Louis-Mourier (Colombes) ;

Pr F. Bricaire, Dr V. Zeller, Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris) ;

Dr P. Boudon, Dr J.L. Delassus, Hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous Bois) ;

Pr W. Rozenbaum, Dr J.B. Guiard Schmid, Hôpital Rothschild et Tenon (Paris) ;

Pr P.M. Girard, Dr K. Lacombe, Hôpital Saint-Antoine (Paris) ;

Pr J. Cabanne, Dr J. Lebas, Hôpital Saint-Antoine (Paris) ;

Dr O. Patey, Dr C. Semaille, Hôpital de Villeneuve St-Georges.

Nous remercions également tous les patients grâce auxquels l'étude a pu être réalisée.



Sommaire

Résumé	5
Introduction	7
I - Méthodes	9
Lieu de l'étude	9
Population de l'étude	9
Recueil des données	9
Analyse	10
II - Résultats	11
1. Caractéristiques sociodémographiques	11
Sexe et âge	11
Pays de naissance et nationalité	11
Date et raisons d'arrivée en France	12
Niveau d'études	13
2. Conditions de vie	13
Activité professionnelle et revenu mensuel	13
Logement	14
Entourage familial	15
Protection sociale et situation administrative	15
3. Infection à VIH	16
Modalités de dépistage	16
Mode et pays de contamination	17
Stade clinique de l'infection à VIH	17
Traitement antirétroviral	18
Régularité du suivi médical	18
Délai de prise en charge	18
4. Comparaison entre les personnes de nationalité étrangère et de nationalité française	19
5. Caractéristiques des personnes selon la période d'arrivée en France	19
III - Discussion	25
Trois groupes identifiés	25
Biais de l'étude	26
Principales caractéristiques de la population décrite	26

Arrivées récentes en France et flux migratoires	28
Données de surveillance du sida et flux migratoires	28
IV - Conclusion	29
V - Propositions	31
Bibliographie	33
Annexes	35
Annexe 1 – Données de la surveillance du sida au 31 décembre 2002	35
Annexe 2 – Données sur la file active des patients africains dans quelques services hospitaliers ayant participé à l'étude	45
Annexe 3 – Questionnaire de l'étude	53



Résumé

Dans un contexte de diminution de l'incidence du sida depuis plusieurs années et devant une augmentation en 1999 et 2000 du nombre de cas de sida chez des personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique subsaharienne, une étude descriptive auprès de patients originaires d'Afrique subsaharienne atteints par le VIH a été réalisée dans plusieurs hôpitaux d'Ile-de-France au cours du premier semestre 2002.

Cette étude avait pour but de décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces personnes, leurs conditions de vie, les modalités de découverte de leur infection à VIH ainsi que leur parcours médical, afin de comprendre les raisons de l'augmentation récente du nombre de cas de sida dans cette population.

Les 250 personnes ayant accepté de participer à l'étude étaient principalement originaires de la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo, le Cameroun, le Congo (Brazzaville), le Mali et le Sénégal. Ces personnes étaient arrivées en France avant 1988 pour 19 % d'entre elles, entre 1988 et 1998 pour 47 % et depuis 1999 pour 34 %. Le rapprochement familial, la poursuite d'études et la recherche d'un emploi représentaient 67 % des motifs de venue en France, les autres motifs étant les raisons politiques (12 %) et les raisons médicales (10 %). Au moment de l'étude, 47 % des personnes se déclaraient sans activité professionnelle et 52 % vivaient dans des conditions précaires de logement. L'absence de couverture sociale concernait 6 % des personnes interrogées.

Le motif de dépistage de l'infection à VIH le plus fréquent était l'existence de symptômes, dans 46 % des cas. Au moment de l'étude, 34 % des patients interrogés étaient à un stade clinique de sida. Le suivi médical était jugé régulier pour 71 % des personnes de l'étude.

Une analyse des correspondances multiples a permis de distinguer trois classes homogènes de personnes : une classe caractérisée principalement d'hommes arrivés en France jusqu'en 1987 à la recherche d'un travail, qui ont une activité professionnelle, sont couverts par la Sécurité sociale et qui ont découvert leur séropositivité VIH tardivement à l'occasion de symptômes ; une classe regroupant essentiellement des femmes, venues en France entre 1988 et 1998 pour rapprochement familial, qui ont un logement stable et ont eu connaissance de leur séropositivité à l'occasion d'une grossesse ; une troisième classe regroupant des personnes venues en France depuis 1999, n'ayant ni travail, ni protection sociale ou qui ont l'AME et qui vivent dans des conditions de grande précarité.

Une analyse multivariée a montré que les personnes venues en France depuis 1999 étaient plus jeunes, pensaient avoir été contaminées plus souvent en Afrique qu'en France, étaient venues en France plus souvent pour raisons médicales et vivaient plus souvent dans des conditions de logement et de protection sociale précaires.

Au regard des données du ministère de l'Intérieur sur l'immigration, l'augmentation récente du nombre de cas de sida diagnostiqués en France chez les personnes d'Afrique subsaharienne s'explique principalement par l'accroissement du flux migratoire en provenance de cette région du monde, constaté dans l'étude par le pourcentage important de patients arrivés en France depuis 1999. La prévalence de l'infection à VIH étant très élevée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un certain nombre de personnes en provenance de ces pays développent un sida après leur arrivée en France.

Mais cette augmentation est aussi le reflet d'une augmentation de l'incidence des contaminations dans les années passées chez des personnes présentes sur le territoire depuis de nombreuses années, et dont le diagnostic est tardif.

Les problèmes d'accès à une couverture sociale semblent en partie résolus au sein de la population séropositive originaire d'Afrique subsaharienne interrogée, mais cette amélioration pourrait être fortement remise en cause du fait des modifications d'attribution de l'AME. Par contre, la précarité socio-économique des personnes reste préoccupante et constitue un problème majeur, puisque c'est un facteur connu pour limiter l'accès au dépistage et à une prise en charge médicale satisfaisante.



Introduction

Grâce aux stratégies thérapeutiques puissantes diffusées au cours de l'année 1996, l'incidence des cas de sida déclarés en France a diminué considérablement à partir du deuxième semestre 1996, puis de façon moins marquée depuis le deuxième semestre 2000 [1]. La diminution du nombre de cas de sida a été différente en fonction du sexe, du groupe de transmission et également de la nationalité des personnes. La décroissance a été moins marquée chez les personnes de nationalité étrangère, chez qui on note même, à partir de 1999, une augmentation du nombre de nouveaux cas de sida. Cette augmentation a été observée en particulier parmi les personnes d'Afrique subsaharienne pour lesquelles le nombre de cas a augmenté de 72 % entre 1998 et 2001. Elle a touché de façon plus marquée les femmes (+143 %) que les hommes (+32 %) et a concerné essentiellement des personnes domiciliées en Ile-de-France (annexe 1 : données de la surveillance du sida et annexe 2 : données sur la file active de plusieurs services hospitaliers).

Les données recueillies sur la déclaration obligatoire de sida ne permettent pas d'interpréter ces tendances. C'est pourquoi, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a réalisé une étude descriptive auprès de patients originaires d'Afrique subsaharienne atteints par le VIH, pris en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces personnes, leurs conditions de vie, les modalités de découverte de leur infection à VIH ainsi que leur parcours médical, afin de comprendre les raisons de l'augmentation récente du nombre de cas de sida dans cette population et de mieux adapter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge en direction des personnes atteintes par le VIH originaires d'Afrique subsaharienne.



I - Méthodes

Lieu et période d'étude

Le choix des services hospitaliers sollicités pour participer à l'étude s'est porté sur les 22 services (répartis dans 19 hôpitaux d'Ile-de-France) ayant déclaré au moins dix cas de sida entre 1999 et 2001 chez des patients de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

L'étude a été réalisée au cours du premier semestre 2002, à raison de 3 à 4 jours dans chaque service hospitalier volontaire pour participer.

Population de l'étude

La participation à l'étude a été proposée à toutes les personnes originaires¹ d'Afrique subsaharienne (quelle que soit leur nationalité), âgées de 18 ans ou plus, atteintes par le VIH (quel que soit le stade clinique de l'infection), présentes les jours de l'étude en consultation externe, en hôpital de jour ou en hospitalisation complète. L'accord de la personne a été recueilli en fin de consultation par le médecin hospitalier ou directement par un médecin de l'InVS sur place pendant toute la durée de l'étude, quand la personne était hospitalisée.

Le calcul du nombre de personnes à inclure dans cette étude a été réalisé sur la base du nombre de personnes séropositives pour le VIH vivant en France, estimé à 115 000. En prenant l'hypothèse qu'environ 10 %² de ces personnes étaient originaires d'Afrique subsaharienne (soit environ 11 500) et que la population attendue de sujets arrivés récemment en France (depuis 1999) était de 20 %, la précision voulue pour estimer cette proportion lors de notre étude étant de 5 % avec un risque d'erreur de 5 %, l'échantillon devait être constitué de 250 personnes.

Recueil des données

Les données ont été colligées sur la base d'un questionnaire anonyme³ composé de deux parties :

- la première partie, complétée par le médecin hospitalier en charge de la personne, renseignait des données médicales succinctes (stade clinique CDC, prise ou non d'un traitement antirétroviral, et régularité du suivi médical) ;
- la seconde partie, complétée par un médecin de l'InVS au cours d'un entretien en face à face avec la personne, permettait de préciser ses principales caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, pays de naissance, nationalité, niveau d'études), ses conditions de vie (activité professionnelle, logement, entourage familial, prise en charge sociale), les circonstances de son arrivée en France (date et raisons) et certaines informations sur son infection à VIH (date et circonstances du dépistage, mode et pays probable de contamination). Des items, spontanément abordés par les personnes au cours des entretiens ont été ajoutés au questionnaire en cours d'étude. Ils ont concerné les revenus financiers, la légalité de la situation administrative, le délai de prise en charge médicale après le diagnostic d'infection à VIH et la notion d'une interruption éventuelle de suivi de l'infection.

¹ La notion de "originaire" n'avait pas été définie dans le protocole de l'étude.

² Parmi l'ensemble des patients atteints de sida en France, vivants au 31 décembre 2001, 10 % étaient des personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique subsaharienne.

³ La Cnil, informée de la réalisation de l'étude, a confirmé le caractère non nominatif du questionnaire et a simplement rappelé la nécessité d'une information claire aux personnes interrogées.

Analyse

Les données ont été analysées sur un plan descriptif selon le sexe, grâce au logiciel épi-info.

Une analyse factorielle des correspondances multiples (COREM, SPAD 4.01) a été réalisée afin de caractériser les personnes incluses dans l'étude en fonction de certaines données socioéconomiques et médicales (âge, sexe, pays de naissance, niveau d'études, activité professionnelle, conditions de logement et de protection sociale, date et raisons de venue en France, situation administrative, revenus, occasion du dépistage, délai entre dépistage et arrivée en France, mode et lieu de contamination, stade clinique). Dans cette analyse, chaque personne de l'étude est représentée dans l'espace par un point tenant compte des modalités de chaque variable propres à l'individu. [2]

Afin d'identifier des facteurs indépendants associés à l'arrivée en France depuis 1999, une analyse multivariée par régression logistique pas à pas descendante a été effectuée (SAS-V8) sur les facteurs significatifs mis en évidence par l'analyse univariée. Cette analyse a comparé les caractéristiques des personnes en fonction de la période d'arrivée en France - avant et depuis 1999 -, année charnière dans l'évolution des cas de sida observée dans la population d'Afrique subsaharienne vivant en France. Les personnes ayant répondu aux items rajoutés en cours d'enquête (situation administrative et financière, délai de prise en charge) ne différaient pas des autres sur le critère d'année d'arrivée (avant ou après 1999).

II - Résultats

Parmi les 22 services hospitaliers sollicités, 16 ont accepté de participer à l'étude. Ces services étaient localisés à Paris (8), dans les Hauts de Seine (1), en Seine Saint Denis (3), dans le Val de Marne (3) et dans le Val d'Oise (1).

Parmi les 288 personnes présentes dans les services et répondant aux critères d'inclusion, 278 personnes ont été sollicitées pour participer à l'étude. Les 10 patients non sollicités présentaient un état clinique ne permettant pas un entretien (asthénie majeure, réanimation) ou avaient appris le diagnostic d'infection à VIH dans les jours précédant, voire, le jour même de l'enquête. Parmi les personnes sollicitées, 250 (90 %) ont accepté de répondre au questionnaire.

1 - Caractéristiques sociodémographiques

Sexe et âge

Le pourcentage de femmes parmi l'ensemble des personnes interrogées était de 64 %, et ce pourcentage ne différait pas significativement entre les services participant à l'étude.

L'âge médian était de 36 ans [19 - 70]. La médiane d'âge était plus élevée chez les hommes (41,5 ans, [26-70]) que chez les femmes (33 ans, [19-66]) ($p < 10^{-5}$).

Pays de naissance / nationalité

Les principaux pays de naissance des personnes interrogées étaient la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo (RDC), le Cameroun, le Congo (Brazzaville), le Mali et le Sénégal (tableau 1). L'Angola, le Burkina Faso, le Burundi, la République de Centrafrique, le Gabon, la Guinée, la Mauritanie, le Tchad, le Togo et la France représentaient chacun entre 1 et 3 % des pays de naissance.

Le pays de naissance et la nationalité étaient le plus souvent concordants, sauf pour la Côte d'Ivoire et la France. En effet, parmi les 56 personnes nées en Côte d'Ivoire, 18 % étaient d'une autre nationalité (essentiellement française). Parmi les 28 personnes de nationalité française (11 % de la population d'étude), 5 étaient nées en France de nationalité française, 7 étaient nées à l'étranger de nationalité française et 16 étaient nées à l'étranger de nationalité étrangère et avaient acquis par la suite la nationalité française.

Tableau 1 : Répartition par pays de naissance et par nationalité des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France)

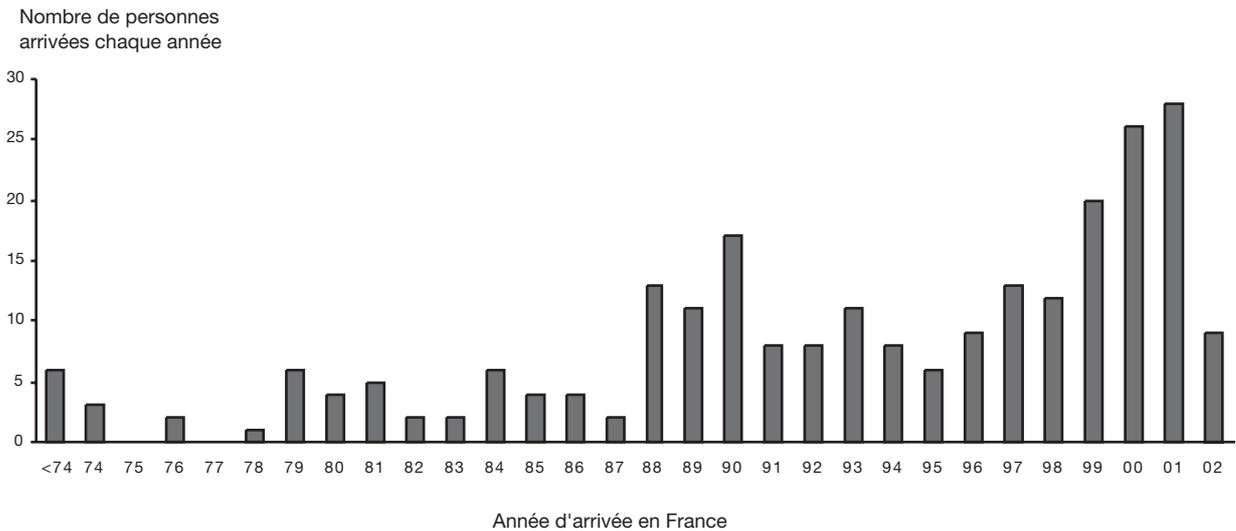
	Pays de naissance		Nationalité	
	N	%	N	%
Côte d'Ivoire	56	23	46	18
République Démocratique du Congo	41	16	36	14
Cameroun	28	11	25	10
Congo (Brazzaville)	26	10	25	10
Mali	26	10	27	11
Sénégal	17	7	14	6
France	5	2	28	11
Autre	51	21	49	20
Total	250	100	250	100

Date et raisons d'arrivée en France

Les dates d'arrivée en France des personnes interrogées étaient comprises entre 1957 et 2002.

La distribution des dates d'arrivée était la suivante :

Figure 1 : Distribution par année d'arrivée en France des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).



- jusqu'en 1987, moins de 7 personnes sont arrivées en France chaque année, et au total, ce sont 19 % des 250 personnes interrogées qui sont venues entre 1957 et 1987 ;
- entre 1988 et 1998, 6 à 13 personnes sont arrivées chaque année (sauf en 1990), soit un total de 47 % sur la période ;
- à partir de 1999, le nombre s'élève chaque année : 20 en 1999, 26 en 2000 et 28 en 2001, et 9 au début de l'année 2002. Au total, 34 % des personnes incluses dans l'étude sont arrivées en France sur cette dernière période.

Le pourcentage de femmes a augmenté sur ces trois périodes, puisqu'elles représentaient 43 % des personnes arrivées jusqu'en 1987, puis 68 % des personnes arrivées entre 1988 et 1998 et enfin 71 % depuis 1999.

Le rapprochement familial⁴, la poursuite d'études et la recherche d'un emploi représentaient 67 % des motifs de venue en France (tableau 2). Les femmes étaient plus fréquemment venues en France pour rapprochement familial, les hommes plus fréquemment venus pour un emploi.

L'arrivée en France pour des raisons politiques était invoquée plus fréquemment par les hommes que par les femmes et concernait, au total, 30 (12 %) personnes. Ces personnes provenaient de RDC (16), du Congo-(Brazzaville) (4), du Cameroun (2), du Ghana (2), de Mauritanie (2), d'Angola (1), du Togo (1), d'Ethiopie (1) et de Côte d'Ivoire (1).

La venue en France pour raisons médicales (10 % des cas) était liée à la connaissance de la séropositivité VIH dans 95 % des cas.

Enfin, les autres motifs de venue invoqués étaient essentiellement touristiques ou sportifs (6 %) ou non mentionnés lors de l'entretien (2 %).

⁴ Le rapprochement familial est ici employé « au sens large », c'est-à-dire qu'il concerne des patients venus rejoindre un membre de la famille, quel qu'il soit.

Tableau 2 : Principal motif de venue en France en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %	<i>p</i>
Rapprochement familial	34	9	48	$<10^{-4}$
Emploi, études	33	52	22	$<10^{-4}$
Raisons politiques	12	15	10	<i>ns</i>
Raisons médicales	10	9	11	<i>ns</i>
Autres	9	11	8	<i>ns</i>
Inconnu	2	4	1	<i>ns</i>

Niveau d'études

Parmi les personnes interrogées, 24 % avaient fait des études supérieures et 42 % des études secondaires, les hommes ayant significativement plus souvent atteint un niveau d'études supérieures que les femmes (tableau 3). Il faut noter que 18 % des personnes n'avaient jamais été scolarisées.

Tableau 3 : Niveau d'études en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %	<i>p</i>
Aucune scolarité	18	21	16	<i>ns</i>
Etudes primaires	14	16	13	<i>ns</i>
Etudes secondaires	42	30	48	0,005
Etudes supérieures	24	33	20	0,02
Inconnu	2	0	3	<i>ns</i>

2 - Conditions de vie

Activité professionnelle et revenu mensuel

Au moment de l'étude, 47 % des personnes se déclaraient sans activité professionnelle, 52 % des femmes et 37 % des hommes (tableau 4).

Les employés et les ouvriers constituaient la majorité de la population active (77 %), les professions intermédiaires, les cadres et les artisans/commerçants représentant 23 % des actifs.

Les hommes en activité étaient plus souvent des ouvriers (51 % des hommes en activité) alors que les femmes en activité étaient plus souvent des employées (72 % des femmes en activité) ($p=0,02$).

Tableau 4 : Catégorie socioprofessionnelle en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %	<i>p</i>
Sans activité professionnelle	47	37	52	0,02
Employés	24	14	30	0,006
Ouvriers	12	30	2	<10 ⁻⁴
Professions intermédiaires	5	3	6	ns
Cadres	4	7	2	ns
Artisans, commerçants	2	5	1	ns
Etudiants	4	1	5	ns
Retraités	2	3	2	ns

Sur les 120 personnes interrogées sur leur revenu mensuel, 103 (86 %) ont répondu : 55 % étaient actifs (81 % d'ouvriers ou employés) et 45 % étaient sans activité ou étudiants. Parmi les 17 personnes n'ayant pas répondu à la question, 16 personnes déclaraient être sans activité (15) ou étudiant (1). Le revenu mensuel était inférieur à 550 euros pour 53 % des personnes ayant répondu à la question, et compris entre 550 et 990 euros pour 23 %. Parmi les actifs, 60 % avaient un revenu mensuel inférieur ou égal au Smic, sans différence significative entre les sexes, la catégorie socioprofessionnelle exercée, ou le niveau d'études.

Logement

Seules 48 % des personnes bénéficiaient d'un logement stable (locataires ou propriétaires). Parmi les 117 personnes locataires, 8 étaient hébergées en appartement thérapeutique.

Les autres personnes interrogées (52 %) vivaient dans des conditions précaires de logement, soit chez des membres de leur famille ou des amis, soit dans des foyers ou à l'hôtel. Les hommes vivaient essentiellement dans des foyers ou chez des amis, tandis que les femmes étaient souvent hébergées par de la famille (tableau 5). La précarité du logement était liée au niveau de revenu mensuel des personnes ayant répondu à cette question : celles ayant un revenu inférieur au Smic habitaient plus souvent dans des conditions de logement précaires (62 % versus 37,5 % ; p=0,03).

Tableau 5 : Conditions de logement en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %	<i>p</i>
Locataires/propriétaires	48	35	55	0,002
Dans la famille	18	12	21	ns
Chez des amis	15	19	13	ns
Dans un foyer	14	24	7	0,0002
A l'hôtel	2	5	1	ns
Autre (squat, sans domicile fixe)	2	2	2	ns
Inconnu	1	3	1	ns

Entourage familial

Les 250 personnes interrogées ne vivaient pas seules dans 80 % des cas (tableau 6), ce pourcentage étant significativement différent entre les femmes et les hommes (respectivement 86 % et 69 %, $p=0,002$).

Tableau 6 : Entourage familial en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %	p
Vit avec un conjoint	30	28	30	<i>ns</i>
Vit avec des enfants	49	28	62	$<10^{-4}$
Vit avec de la famille autre que conjoint ou enfants	20	18	22	<i>ns</i>
Vit avec d'autres personnes que de la famille	21	25	18	<i>ns</i>
Vit seul	17	24	13	0,03
Inconnu	3	7	1	<i>ns</i>

Le total des pourcentages en colonne est supérieur à 100 %, dans la mesure où plusieurs éventualités sont possibles pour une même personne

Parmi les 250 patients interrogés, 82 % avaient des enfants. Le nombre médian d'enfants par personne était de 2. Ces enfants étaient nés en France dans 47 % des cas. Seuls 32 % des patients qui avaient des enfants vivaient avec un conjoint.

Parmi les 71 femmes dont les enfants étaient nés en France, 60 (85 %) ignoraient leur séropositivité avant la grossesse. Le dépistage au cours de la grossesse a permis de poser le diagnostic d'infection à VIH pour 46 (77 %) d'entre elles. Parmi les 14 femmes non dépistées pendant la grossesse, 12 avaient débuté leur grossesse avant 1993, date à partir de laquelle la sérologie VIH a été systématiquement proposée, en France, à toute femme enceinte.

Protection sociale et situation administrative

Concernant la protection sociale, 41 % des patients bénéficiaient de la Sécurité sociale, les hommes plus souvent que les femmes, respectivement 52 % et 35 % ($p=0,01$).

La Couverture médicale universelle (CMU) de base ou complémentaire concernait 36 % des personnes, 41 % des femmes et 29 % des hommes ($p=0,06$).

L'Aide médicale d'état (AME) couvrait 16 % des personnes, plus souvent les femmes que les hommes (20 % versus 10 %, $p=0,04$).

L'absence de couverture sociale concernait 14 personnes (6 %) en attente d'ouverture de leurs droits.

Le type de protection sociale n'était pas mentionné pour 2 personnes.

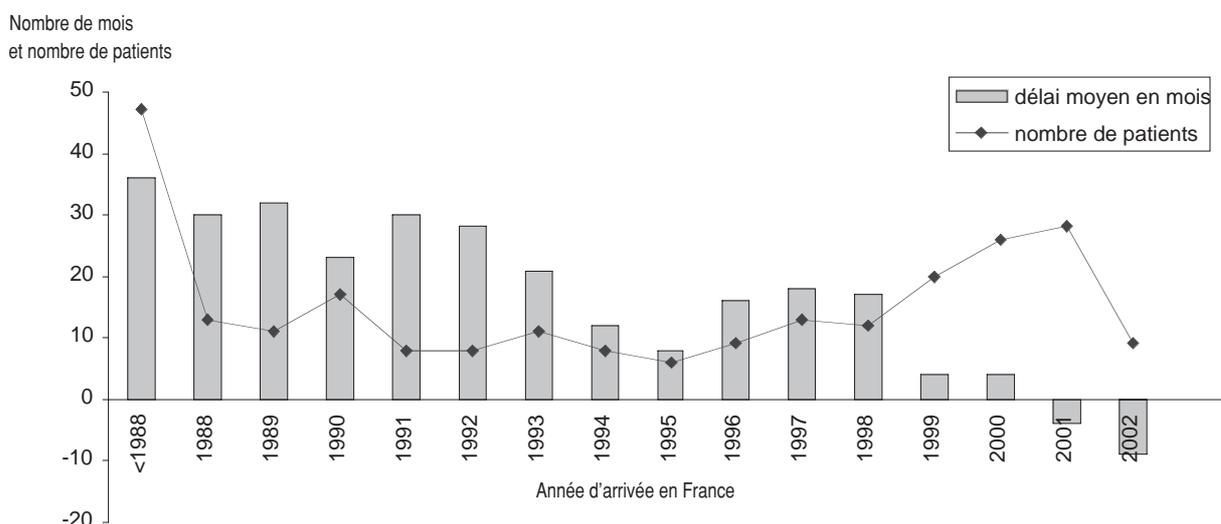
Parmi les 120 personnes interrogées sur leur situation administrative, 18 % ont déclaré être en situation irrégulière.

3 - Infection à VIH

Modalités de dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH avait été réalisé pour 9 % des patients dans leur pays d'origine, ce dépistage ayant été effectué en France pour 227 personnes (91 %). Parmi ces personnes, 41 % ont découvert leur séropositivité dans l'année qui a suivi leur arrivée en France et 59 % plus d'un an après. Le délai entre l'arrivée en France et la découverte de la séropositivité s'est modifié au cours du temps. Ce délai était plus long pour les patients arrivés dans les années quatre-vingts et plus court pour les patients arrivés à la fin des années quatre-vingt-dix (figure 2). Pour les patients arrivés en 2001 et 2002, la découverte de la séropositivité a précédé l'arrivée en France (délai négatif).

Figure 2 : Délai moyen entre l'année d'arrivée en France et l'année de diagnostic du VIH des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France).



Parmi les diagnostics établis en France, 89 % ont été réalisés à l'hôpital, en clinique ou dans un centre de soins. Seules 7 % des personnes ont été dépistées dans un laboratoire de ville et 3 % dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

L'âge médian au diagnostic de l'infection à VIH était de 31 ans [12-64] (âge moyen = 33 ans), avec une différence significative entre les femmes et les hommes (respectivement 29 ans [12-63] et 34 ans [25-64] ; $p < 10^{-4}$).

La raison de dépistage la plus fréquente était la présence de symptômes, dans 46 % des cas (tableau 7). Ce motif de dépistage était plus souvent évoqué chez les hommes que chez les femmes ($p = 10^{-4}$), les femmes ayant découvert leur séropositivité VIH à l'occasion d'une grossesse dans 36 % des cas.

Tableau 7 : Motifs de découverte de la séropositivité VIH en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %
Symptômes	46	62	36
Grossesse	23	-	36
Bilan de santé	20	24	18
Séropositivité du conjoint	7	7	7
Prise de risque	1	3	0
Autres (bilan pré-nuptial, chirurgie)	3	4	3

Mode et pays de contamination

Tout sexe confondu, le mode de contamination le plus souvent cité par la personne interrogée, était la transmission hétérosexuelle (tableau 8). Cependant, le mode de contamination était déclaré comme inconnu ou incertain dans 51% des cas, en particulier par les hommes, pour 64 % d'entre eux. Une transfusion sanguine ou des contacts sanguins⁵ en Afrique étaient mentionnés dans 8 % des cas, les autres modes cités (rapports homosexuels et usage de drogues injectables) étant plus marginaux.

Tableau 8 : Mode de contamination par le VIH en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France).

	Total N=250 %	Hommes N=91 %	Femmes N=159 %
Rapports hétérosexuels	40	30	46
Rapports homosexuels	0,5	1	-
Usage de drogues injectables	0,5	1	0
Transfusion ou contact sanguin ⁵	8	4	11
Inconnu	51	64	43

Le pays présumé de contamination était le pays d'origine ou un autre pays d'Afrique pour 44 % des personnes interrogées, la France pour 29 % et restait inconnu pour 27 % d'entre elles. Le mode de transmission n'était pas statistiquement différent selon le pays supposé de la contamination.

Stade clinique de l'infection à VIH

La répartition des personnes en fonction du stade clinique CDC de l'infection à VIH au moment de l'enquête, était la suivante : 46 % étaient au stade A (asymptomatique), 20 % au stade B (symptomatique non sida) et 34 % au stade C (symptomatique sida) (tableau 9).

Les femmes étaient plus souvent asymptomatiques que les hommes ($p < 10^{-4}$) et à l'inverse, les hommes étaient plus souvent au stade sida que les femmes ($p < 10^{-4}$).

Tableau 9 : Stade clinique CDC au moment de l'étude en fonction du sexe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France)

	Total N=248* %	Hommes N=90 %	Femmes N=158 %
Stade A	46	22	60
Stade B	20	25	17
Stade C	34	53	23

* Le stade clinique n'a pas été précisé pour 2 patients : 1 homme et 1 femme.

Parmi les personnes étant au stade sida en 2002, 56 % (48/86) avaient découvert leur séropositivité pour le VIH depuis 1999. Parmi elles, 18 personnes résidaient en France depuis au moins 9 ans, principalement des hommes (13/18), 6 étaient arrivés en France entre 1997 et 1998 et les 24 autres depuis 1999.

⁵ On entend par « contact sanguin » des antécédents d'intervention chirurgicale, d'injections, de soins infirmiers reçus ou donnés et de tatouage rituel avec un matériel non à usage unique

Traitement antirétroviral

Parmi les 250 personnes interrogées, 181 (72 %) bénéficiaient d'un traitement antirétroviral au moment de l'étude (tableau 10). Les patients asymptomatiques étaient moins souvent sous traitement antirétroviral que les patients symptomatiques sida ou non ($p < 10^{-4}$).

Les femmes étaient moins souvent sous traitement antirétroviral que les hommes (67 % versus 81 %, $p = 0,02$), mais cette différence entre les sexes disparaissait à stade clinique comparable.

Tableau 10 : Traitement antirétroviral en fonction du stade clinique CDC au moment de l'étude des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France)

	Nombre de personnes N = 248*	traitement antirétroviral 72 %
Stade A	115	56 %
Stade B	48	85 %
Stade C	85	88 %

* Le stade clinique n'a pas été précisé pour 2 patients : 1 traité et 1 non-traité.

Les raisons de non de prise de traitement antirétroviral étaient connues pour 96 % (66/69) des personnes non traitées :

- 39 personnes (dont 34 au stade A) n'avaient pas d'indication à la prise d'un traitement antirétroviral,
- 15 personnes (dont 2 au stade B et 5 au stade C) venaient de découvrir leur séropositivité, et l'indication d'un traitement n'avait pas encore été discutée,
- 11 avait reçu antérieurement un traitement antirétroviral qui avait été interrompu par le médecin (9 cas) ou par le patient lui-même (2 cas),
- 1 patient au stade A n'avait pas de suivi médical antérieur.

Enfin, pour 3 personnes, toutes au stade A, la raison de l'absence de traitement n'était pas documentée.

Régularité du suivi médical

L'évaluation de la régularité du suivi médical par le médecin hospitalier a permis de distinguer trois groupes de personnes : 178 patients (71 %) étaient venus régulièrement à toutes les consultations, 35 (14 %) étaient présents à au moins trois consultations sur quatre et 36 (15 %) avaient un suivi médical irrégulier (présents au mieux à une consultation sur deux). La notion de régularité du suivi n'était pas renseignée pour une personne asymptomatique traitée.

La régularité du suivi était indépendante du sexe et du fait d'être traité. Par contre, les personnes connaissant leur séropositivité depuis moins de 3 ans étaient plus souvent présentes à toutes les consultations que les personnes au diagnostic plus ancien, respectivement 84 % et 71 % ($p = 0,025$). De même, les personnes au stade A et au stade C au moment de l'étude étaient plus souvent présentes à toutes les consultations que celles au stade B, respectivement 78 %, 72 % et 56 % ($p = 0,008$). Les personnes ayant un niveau d'études supérieures étaient plus souvent venues à toutes les consultations prévues que les autres, respectivement 85 % et 67 % ($p = 0,006$).

Délai de prise en charge

Parmi les 120 patients interrogés sur cet item, 106 (88 %) ont déclaré avoir attendu moins de 6 mois entre la découverte de la séropositivité et la prise en charge médicale de leur infection. Ce délai était de 6 mois à un an pour 4 personnes, supérieur à un an pour 8 et n'a pu être précisé pour 2 personnes.

Le suivi médical n'avait jamais été interrompu pour 89 % (109/120) des personnes interrogées ; 8 % (9/120) l'ont interrompu (moins de six mois pour 4 personnes, entre six mois et un an pour 2, plus d'un an pour 2 et pour une durée inconnue pour 1), et 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

Les raisons ayant entraîné la reprise du suivi étaient essentiellement l'apparition de symptômes (4 cas), la connaissance de l'existence de nouvelles thérapeutiques, l'influence de l'entourage ou du médecin étant les autres motifs invoqués.

4 - Comparaison entre les personnes de nationalité étrangère et de nationalité française

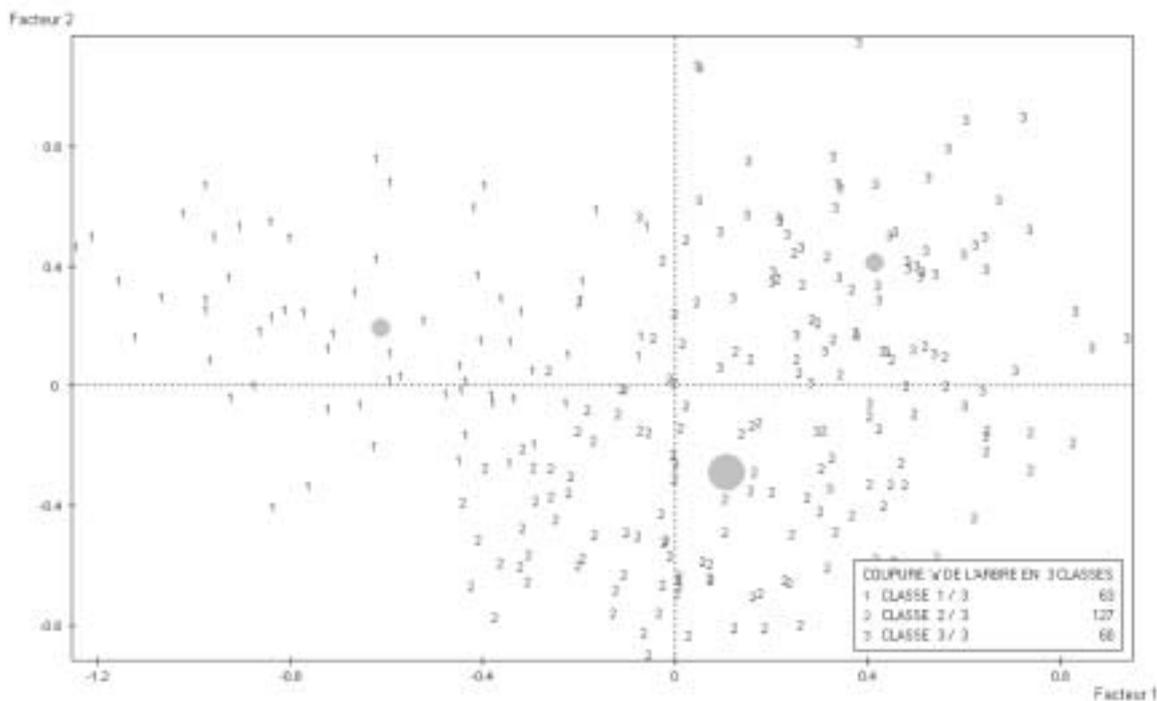
Les 222 personnes de nationalité étrangère et les 28 personnes de nationalité française ne différaient pas sur le plan de l'infection à VIH (pas de différence de répartition de stade clinique CDC, de mise sous traitement antirétroviral ou de suivi), ni au niveau des caractéristiques démographiques (sexe, âge moyen, motif de venue en France).

Cependant, les personnes de nationalité française étaient soit nées en France (5 personnes), soit arrivées depuis plus longtemps que les personnes de nationalité étrangère (médiane de durée respective : 14,5 ans versus 6 ans, $p=10^{-4}$). Elles avaient aussi plus souvent poursuivi des études après l'école primaire ($p=0,01$), exerçaient plus souvent une activité professionnelle ($p=0,008$) et étaient plus souvent locataires ou propriétaires de leur logement ($p<10^{-4}$).

5 - Caractéristiques des personnes selon la période d'arrivée en France.

L'analyse des correspondances multiples a permis de distinguer au sein de la population d'étude trois classes homogènes de personnes en fonction de caractéristiques communes : 37 % dans la classe 1, 31 % dans la classe 2 et 32 % dans la classe 3 (figure 3).

Figure 3 : Répartition en trois classes des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France). – Analyse des correspondances multiples –



La classe 1 est essentiellement caractérisée par des femmes (95 % de femmes), âgées de moins de 36 ans, venues en France entre 1988 et 1998 pour rapprochement familial. Elles ont un logement stable (pour 72 % d'entre elles) et sont couvertes par la CMU dans 48 % des cas. Elles ont, le plus souvent, découvert leur séropositivité pour le VIH à l'occasion d'une grossesse et pensent avoir été contaminées lors de rapports sexuels. Elles sont asymptomatiques (stade A) au moment de l'étude (tableau 11).

La classe 2 est principalement représentée par des hommes, âgés de 36 ans et plus, arrivés en France jusqu'en 1987 (pour 53 % d'entre eux), pour des études ou la recherche d'un emploi. Ils travaillent, leurs revenus sont supérieurs au Smic et ils sont couverts par la Sécurité sociale. Ils ont découvert leur séropositivité pour le VIH après leur arrivée en France lors de la survenue de symptômes. Ils méconnaissent, pour la plupart, leur mode de contamination et ne savent pas dans quel pays ils ont été contaminés ou pensent l'avoir été en France. Ils sont symptomatiques (stade clinique B ou C) au moment de l'étude.

La classe 3 est essentiellement définie par des personnes venues en France depuis 1999 (pour 79 % d'entre elles). Elles sont le plus souvent sans activité professionnelle, sans protection sociale ou couvertes par l'AME et vivent dans des conditions de logement précaires. Elles ont souvent été dépistées pour symptômes avant leur arrivée en France et pensent avoir été contaminées en Afrique. Elles sont dans 45 % des cas au stade sida au moment de l'étude.

Tableau 11 : Description de la partition en trois classes des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).

Classe 1 N = 93		Classe 2 N = 77		Classe 3 N = 80	
Femme	95 %	Diagnostic de séropositivité après l'arrivée en France	92 %	Logement précaire	85 %
Stade clinique A	77 %	Âge ≥ 36 ans	81 %	Sans activité professionnelle	80 %
Âge < 36 ans	75 %	Stade clinique B ou C	79 %	Période d'arrivée : depuis 1999	79 %
Logement stable	72 %	Sécurité sociale	77 %	Lieu de contamination : Afrique	69 %
Période d'arrivée : 1988-1998	71 %	Homme	74 %	Mode de contamination déclaré inconnu	63 %
En France pour rapprochement familial	60 %	Lieu de contamination : inconnu ou France	46 %	Diagnostic VIH pour symptômes	59 %
Transmission hétérosexuelle	57 %	Activité professionnelle	71 %	AME ou sans protection sociale	59 %
Diagnostic VIH lors d'une grossesse	54 %	Diagnostic VIH pour symptômes	64 %	Stade clinique C	45 %
CMU	48 %	Mode de contamination déclaré inconnu	64 %	Arrivée en France pour maladie	28 %
Né en Côte d'Ivoire	32 %	En France pour études/travail	58 %	Diagnostic VIH avant l'arrivée en France	26 %
		Période d'arrivée : jusqu'en 1987	53 %	Situation irrégulière	26 %
		Né au Sénégal ou au Mali	39 %	Né au Cameroun	20 %
		Aucune scolarité	32 %		
		Revenus > 990 euros/mois	19 %		

L'analyse des correspondances multiples a été complétée par une analyse quantitative univariée en fonction de la période d'arrivée en France : jusqu'en 1998 / depuis 1999, 1999 étant l'année où a été observée une augmentation des cas de sida parmi les personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France. Cette analyse a concerné 246 personnes dont la date d'arrivée en France était déterminée (4 personnes étant nées et ayant toujours vécu en France ont été exclues).

Les patients arrivés en France depuis 1999 différaient des patients arrivés avant cette date sur les facteurs suivants : l'âge, le pays de naissance, les raisons de venue en France, les conditions de logement, de travail, de protection sociale et de situation administrative, le pays présumé de contamination et le lieu de découverte de la séropositivité pour le VIH (tableau 12). Le sexe, les revenus financiers, le mode de contamination, les motifs de dépistage, le stade clinique et la prise d'un traitement antirétroviral ne différaient pas significativement en fonction des deux périodes.

Tableau 12 : Caractéristiques socioéconomiques et informations sur l'infection à VIH selon la période d'arrivée en France des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2002, Ile-de-France).
- Analyse univariée -

	Arrivée jusqu'en 1998		Arrivée depuis 1999		OR	IC 95%
	N	%	N	%		
Total*	163	66 %	83	34 %		
Sexe						
homme	64	39 %	24	29 %	1	
femme	99	61 %	59	71 %	1,6	[0,9-2,8]
Age						
< 36 ans	73	45 %	48	58 %	1	
≥ 36 ans	89	54 %	34	41 %	0,6	[0,3-0,9]
inconnu	1	1 %	1	1 %		
Pays de naissance						
Côte d'Ivoire	40	25 %	16	19 %	1	
Cameroun	12	7 %	16	19 %	3,3	[1,3-8,6]
Congo (Brazzaville)	12	7 %	14	17 %	2,9	[1,1-7,7]
Mali	20	12 %	6	7 %	0,8	[0,3-2,2]
République Dem. Congo	35	22 %	6	7 %	0,4	[0,2-1,2]
Sénégal	17	10 %	0	0 %	-	-
autre	27	17 %	25	30 %	2,3	[1,0-5,1]
Raisons de venue en France						
familiales ou professionnelles	130	80 %	36	43 %	1	
politiques	17	10 %	13	16 %	2,8	[1,2-6,2]
médicales	3	2 %	22	27 %	26,5	[7,5-93,5]
autre/inconnu	13	8 %	12	14 %	3,3	[1,4-7,9]
Type de logement						
stable	99	61 %	17	20 %	1	
précaire	60	37 %	61	74 %	5,9	[3,2-11,1]
autre/inconnu	4	2 %	5	6 %	7,3	[1,8-29,9]
Activité professionnelle						
en cours	95	58 %	21	25 %	1	
aucune	68	42 %	62	75 %	4,1	[2,3-7,4]
Protection sociale						
Sécurité sociale	95	58 %	4	5 %	1	
CMU	51	31 %	40	48 %	18,6	[6,3-55,0]
AME	12	8 %	28	34 %	55,4	[16,6-185,4]
aucune/ inconnue	5	3 %	11	13 %	52,3	[12,2-224,0]
Revenu mensuel°						
> 990 euros / mois	18	23 %	4	10 %	1	
< 990 euros / mois	50	64 %	29	72 %	2,6	[0,8-8,5]
inconnu	10	13 %	7	18 %		

	Arrivée jusqu'en 1998		Arrivée depuis 1999		OR	IC 95%
	N	%	N	%		
Situation administrative ^o						
régulière	68	87 %	28	70 %	1	
irrégulière	10	13 %	12	30 %	2,9	[1,1-7,5]
Lieu présumé de la contamination						
en France	65	40 %	4	5 %	1	
en Afrique	46	28 %	63	76 %	22,3	[7,6-65,4]
autre/inconnu	52	32 %	16	19 %	5,0	[1,6-15,9]
Mode de contamination						
hétérosexuelle	64	39 %	34	41 %	1	
sanguin	15	9 %	5	6 %	0,6	[0,2-1,9]
autre/inconnu	84	52 %	44	53 %	1	[0,6-1,8]
Découverte du VIH						
après arrivée en France	160	98 %	63	76 %	1	
avant arrivée en France	3	2 %	20	24 %	16,9	[4,9-59,0]
Motif de dépistage						
symptômes	72	44 %	41	49 %	1	
grossesse	44	27 %	14	17 %	0,6	[0,3-1,1]
bilan de santé	29	18 %	19	23 %	1,2	[0,6-2,3]
autre ou inconnu	18	11 %	9	11 %	0,9	[0,4-2,1]
Stade clinique						
stade A	76	47 %	37	45 %	1	
stade B	33	20 %	14	17 %	0,9	[0,4-1,8]
stade C	53	32 %	31	37 %	1,2	[0,7-2,2]
inconnu	1	1 %	1	1 %	2,1	[0,1-33,8]
Traitement antirétroviral						
en cours	120	74 %	58	70 %	1	
aucun	43	26 %	25	30 %	1,2	[0,7-2,2]

*4 personnes nées en France exclues

^o118 personnes interrogées sur ces items

Une analyse multivariée a été effectuée en incluant tous les facteurs significatifs mis en évidence par l'analyse univariée, excepté la situation administrative qui n'était renseignée que pour 120 personnes. Par rapport aux personnes arrivées en France jusqu'en 1998, les personnes arrivées depuis 1999 étaient plus jeunes (âge < 36 ans), pensaient avoir été contaminées plus souvent en Afrique qu'en France, étaient venues en France, plus souvent, pour raisons médicales et vivaient, plus souvent, dans des conditions de logement et de protection sociale précaires (tableau 13). Il n'a pas été mis en évidence d'interactions entre ces différents facteurs indépendants.

Tableau 13 : Facteurs indépendants associés à l'arrivée en France depuis 1999 des personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France).
– Analyse multivariée –

		OR ajusté	IC 95%
Age	< 36 ans	1	
	≥ 36 ans	0,3	[0,1-0,8]
Venue en France	pour raisons familiales ou professionnelles	1	
	pour maladie	15,1	[2,8-81,2]
Lieu de contamination	en France	1	
	en Afrique	27,2	[7,3-101,9]
	autre/ inconnu	6,5	[1,6-25,3]
Couverture sociale	Sécurité sociale	1	
	CMU	16,4	[4,2-64,2]
	AME	44,4	[9,3-212,4]
	sans couverture	67,4	[10,1-451,5]
Logement	stable	1	
	précaire	4,6	[1,8-11,8]



III - Discussion

Depuis la fin des années 1990, les caractéristiques des populations touchées par l'épidémie de sida en France, comme dans d'autres pays européens, ont évolué et révélé une proportion croissante de personnes atteintes originaires de pays d'endémie [1-3]. C'est dans ce contexte, qu'a été mise en place cette étude, dont les résultats permettent de mieux caractériser et décrire les principales spécificités des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, atteintes par le VIH et vivant en Ile-de-France.

Trois groupes identifiés

Dans la population de l'étude, trois groupes de personnes ayant immigré en France à des périodes distinctes (jusqu'en 1987, de 1988 à 1998, depuis 1999) ont été caractérisés et les facteurs associés à l'arrivée en France depuis 1999 ont été précisés.

L'un des groupes correspond à des hommes venus en France depuis longtemps (jusqu'en 1987). Leur situation stable (travail, Sécurité sociale) tend à montrer une intégration plutôt réussie. Cependant, ces hommes semblent avoir échappé aux différentes campagnes d'information et de prévention réalisées en France (contamination en France ou dans un lieu inconnu et mode de contamination inconnu). De même, les campagnes d'incitation au dépistage n'ont eu que peu d'impact sur eux puisqu'ils n'ont découvert leur séropositivité pour le VIH que très tardivement, au moment de symptômes.

Un autre groupe est constitué de femmes qui ont immigré en France entre 1988 et 1998 pour rapprochement familial. Elles semblent avoir bénéficié de l'intégration des personnes qu'elles ont rejointes (logement stable). Contrairement aux hommes, elles ont eu connaissance de leur séropositivité pour le VIH à un stade plus précoce, grâce à un dépistage lors d'une grossesse (la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 du code de la santé publique impose la proposition systématique d'une sérologie pour le VIH à toute femme enceinte). Elles ont pu identifier leur mode de contamination, peut-être grâce à l'information individuelle reçue dans le cadre de cette proposition de dépistage effectuée lors d'une consultation prénatale.

Ainsi, pour les deux tiers de la population de l'étude, les raisons habituelles accompagnant tout flux migratoire sont retrouvées : face à des conditions de vie difficiles, on cherche à les améliorer en immigrant vers un pays plus riche [4]. La France est apparue assez naturellement comme une terre d'accueil et d'asile à ces personnes qui ont émigré, pour la plupart, de pays d'Afrique francophone historiquement reliés à la France.

Le dernier groupe est constitué de personnes arrivées en France depuis 1999, plus souvent pour raisons médicales que les deux autres groupes (27 % versus 2 %). Cependant, la raison principale de leur venue en France reste le rapprochement familial ou la recherche d'un emploi (pour 43 % d'entre elles), ce qui constitue les motifs d'immigration les plus fréquemment retrouvés dans les enquêtes démographiques [5]. Ces personnes sont confrontées à une situation d'endémie de sida catastrophique et espèrent sans doute, en immigrant en France, pouvoir bénéficier d'un traitement qui reste difficile, voire, impossible à obtenir dans leur pays d'origine. Leur immigration se fait dans un contexte politique et économique d'aide des pays du nord vers les pays du sud. La conférence internationale sur le sida en juillet 1998 à Genève sur le thème « Bridging the gap » a, en cela, été la manifestation d'une prise de conscience internationale. Ces personnes sont venues en France pour leur survie, quitte à vivre dans des conditions d'extrême précarité. L'Aide médicale d'état (AME) apparaît, ici, comme une mesure humanitaire dont le bien fondé est indiscutable. Elle vise, en effet, à permettre un accès aux soins à toute personne étrangère résidant en France et qui ne peut bénéficier du droit commun (loi 99-641 du 27 juillet 1999) sous certaines conditions d'attribution (circulaire 2000-14 du 10 janvier 2000).

Biais de l'étude

Dans l'étude, la proportion relativement importante de patients arrivés depuis 1999 en France (34 %) a certainement été surestimée par le caractère transversal de l'enquête réalisée au cours du premier semestre 2002. En effet, les patients résidant en France depuis plus longtemps ont pu quitter la région Ile-de-France, repartir vers leur pays d'origine, émigrer vers un autre pays ou décéder.

Cette étude comporte aussi d'autres biais, qu'il convient de discuter.

La population de l'étude a, volontairement, été définie sur l'origine géographique des personnes (Afrique subsaharienne) et non sur leur nationalité (pays d'Afrique subsaharienne) alors que c'est cette donnée qui est recueillie dans la déclaration obligatoire de sida. La population d'étude inclut donc des personnes ayant été naturalisées. Cette définition élargie de la population par rapport aux données des cas de sida a été choisie afin de faciliter la sélection par les cliniciens des patients susceptibles d'être inclus dans l'étude. Ce choix n'a eu que très peu d'impact sur les données, puisque que 95 % (238/250) des personnes interrogées étaient des personnes nées en Afrique subsaharienne de nationalité étrangère.

Les personnes interrogées étaient, de facto, présentes à l'hôpital les jours de l'enquête et prises en charge pour leur infection à VIH. La population d'étude n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population séropositive pour le VIH originaire d'Afrique subsaharienne et vivant en France, puisque n'y sont pas incluses les personnes connaissant leur séropositivité mais qui n'ont pas recours à une prise en charge hospitalière de leur infection (suivi médical effectué en ville ou absence de suivi) ou qui sont suivies en dehors de la région Ile-de-France et les personnes qui ignorent leur séropositivité. De plus, l'étude a plus volontiers inclus des patients compliants, dont les délais de prise en charge de l'infection à VIH étaient courts.

Enfin, certains items du questionnaire ont pu être soumis à un biais de déclaration de la part des personnes interrogées, en particulier les items portant sur les raisons de venue en France, l'activité professionnelle ou la légalité de la situation administrative.

Principales caractéristiques de la population décrite

L'importance des femmes

La prédominance féminine de la population interrogée dans l'étude (près des 2/3) est également observée depuis l'année 2000 parmi les cas de sida de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne déclarés en France. Cette caractéristique pourrait être le reflet de la « féminisation » accrue de l'épidémie à VIH constatée en Afrique subsaharienne depuis la fin des années quatre-vingt-dix. En effet, si on estimait fin 1997 que 47 % des adultes sexuellement actifs (15-49 ans) atteints par le VIH et vivant en Afrique subsaharienne étaient des femmes, ce pourcentage était de 58 % fin 2001 [6-7].

Les motifs de venue en France

L'évolution des motifs de venue en France observée dans l'étude semble être corroborée par les données du ministère de l'Intérieur concernant les motifs d'attribution des titres de séjour [8]. En effet, si en 1999 et en 2000, le pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un titre de séjour de moins de un an pour raisons médicales est relativement stable (de l'ordre de 1,3 % des motifs au total et 5 % des motifs chez les immigrants d'Afrique subsaharienne), ce pourcentage s'élève, en 2001, à 2,3 % pour l'ensemble des immigrants et à 7,9 % pour les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne. La fréquence de délivrance de titre de séjour de moins de un an pour raisons médicales varie en fonction du pays d'origine puisqu'il est invoqué par 17,4 % des personnes venant de Centre Afrique, par environ 12 % des Ivoiriens, des Maliens et des Congolais de RDC et par 10,6 % des Camerounais. Chez les personnes originaires du Sénégal, ce pourcentage est toujours plus faible, il est de 5 % en 2001. Néanmoins, si on rapporte le motif de délivrance d'un titre de séjour pour raisons médicales à l'ensemble des titres de séjour délivrés (moins de un an et plus de un an), ce motif ne représente plus que 6,4 % de la totalité des titres de séjours délivrés en 2001 pour les personnes en provenance d'un pays d'Afrique subsaharienne.

La situation socioéconomique

La vulnérabilité sociale de la population d'étude est frappante, la moitié des personnes interrogées se trouvant dans une situation d'emploi, de logement et de revenus précaires, situation qui a aussi été mise en évidence dans une étude réalisée dans un hôpital des Hauts-de-Seine [9]. Bien que les personnes arrivées avant 1999 bénéficiaient d'une situation sociale plus satisfaisante reflétant une meilleure intégration probablement liée à la durée du séjour, il faut cependant noter que leur situation financière reste problématique, puisque la majorité d'entre elles vivait avec moins du Smic.

La situation administrative

Si 82 % des sujets indiquent être en situation régulière, ce pourcentage pourrait ne pas être surestimé malgré le biais de déclaration, en raison de la régularisation de nombreux "sans papiers" en 1997/1998 et, peut-être aussi, en raison d'un recours plus faible aux soins des personnes en situation irrégulière. En effet, ces personnes sont confrontées, avant tout, aux difficultés de recherche de ressources et d'emploi pour parer aux impératifs de survie et ont, ainsi, moins d'opportunités à recourir au système de soins. La crainte d'une stigmatisation et du rejet de la communauté qui les accueille, peut également limiter d'une certaine façon leur démarche de soins, le fait d'aller consulter à l'hôpital pour soi (en dehors des consultations pédiatriques et gynécologiques) pouvant être interprété par la communauté comme « avoir le sida ».

La couverture sociale

Avec la généralisation de la CMU et de l'AME en juillet 1999, qui pouvaient être délivrées immédiatement en cas de besoin, on constate que «seuls» 6 % des patients sont sans couverture sociale. Ceci est plutôt satisfaisant eu égard au risque de marginalisation sociale des étrangers atteints par le VIH, risque redouté par le Conseil national du sida qui avait soulevé en 1995 le double problème de l'irrégularité de séjour en France et de l'absence de couverture sociale [10]. Il semble bien que le problème de couverture sociale soit en partie résolu.

Malheureusement, les conditions d'attribution de l'AME ont été modifiées par la loi de finances de 2003, et le principe d'une participation financière à la charge du bénéficiaire de l'AME a été posé.

Le dépistage de l'infection à VIH

En ce qui concerne l'accès au dépistage de l'infection à VIH, on constate que près de la moitié des patients de l'étude ont découvert leur séropositivité tardivement, puisqu'ils n'ont eu recours au dépistage que devant des symptômes. Très peu ont été dépistés en ville ou en consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Si les femmes sont plus souvent asymptomatiques que les hommes, c'est qu'elles ont bénéficié d'un dépistage précoce, probablement lors d'une grossesse. Il semble donc essentiel de diffuser une information adaptée à la population d'Afrique subsaharienne vivant en France sur les différentes filières de dépistage et de promouvoir l'accès précoce au dépistage, en particulier, auprès des hommes [11]. Compte tenu notamment du niveau socioéconomique défavorisé de ces populations, il est important de concevoir des actions de prévention adaptées, et d'en mesurer ensuite les effets, en termes de réduction des inégalités et non pas seulement en termes d'efficacité globale. Ainsi, bien que la généralisation de la CMU et de l'AME ait facilité l'accès vers la médecine de premier recours (médicaments et honoraires) des personnes défavorisées vivant en France, le recours aux soins de cette population reste moindre et retardé par rapport à la population générale [12-13]. Aussi, s'il apparaît indispensable de diminuer la précarité de conditions de vie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne pour améliorer leur prise en charge médicale, il paraît également nécessaire de saisir l'opportunité de toute démarche de soins des femmes originaires d'Afrique subsaharienne pour discuter non seulement de leur propre comportement de prévention vis à vis de la maladie (prévention, dépistage, nécessité d'un suivi médical régulier) mais aussi, par leur intermédiaire et leur aide, celui de leur entourage (dépistage des enfants, des conjoints, de la famille, rappel des conduites préventives...).

Le suivi médical

Une fois le diagnostic de l'infection à VIH posé, le suivi médical des personnes évalué par le médecin, apparaît régulier, sans différence entre les hommes et les femmes. Même si les patients présents les jours de l'étude étaient sans doute plus observants que ceux qui n'étaient pas venus à leur consultation, ce constat va dans le sens de celui qui avait été observé à travers les données de surveillance du sida. La diminution du nombre de décès liés au sida a été, jusqu'en 1999, similaire entre les patients d'Afrique subsaharienne et les Français, ce qui suggère qu'une fois l'infection diagnostiquée au stade de sida, la prise en charge et l'observance au traitement sont comparables entre les deux populations [14].

Arrivées récentes en France et flux migratoires

La part relative des arrivées récentes en France pour les patients inclus dans l'étude, concorde avec l'évolution des flux migratoires observée en France. En effet, les personnes en provenance d'un pays d'Afrique subsaharienne représentaient 29 % de l'ensemble des immigrants en 1994, 37 % en 1999 et 43 % en 2001 (les données des années 1997 et 1998 sont difficilement utilisables en raison du nombre important de régularisations ces années là). Ce flux migratoire accru a concerné particulièrement les ressortissants des pays d'Afrique francophone, dont le nombre d'admis au séjour en France a doublé entre 1994 et 1999 pour le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Congo, et quadruplé pour le Mali [5]. Entre 1999 et 2001, la croissance du nombre de nouveaux immigrants a été globalement de 33 % pour les pays d'Afrique subsaharienne, et plus marquée encore pour le Cameroun (+78 %), le Congo Brazzaville (+59 %) et la Côte d'Ivoire (+57 %) (tableau 14). Comparativement, le nombre d'immigrants, toutes nationalités confondues, a augmenté de 26 % sur la même période.

Tableau 14 : Evolution par sexe entre 1999 et 2001 des flux migratoires vers la France pour quelques pays africains et pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.

Nationalité	Total	Hommes	Femmes
	%	%	%
Cameroun	+78	+61	+89
Congo (Brazzaville)	+59	+63	+55
Côte d'Ivoire	+57	+53	+60
Mali	+4	-7	+45
République centrafricaine	+32	+35	+28
République démocratique du Congo	0	-4	+4
Sénégal	+38	+49	+24
Afrique subsaharienne	+33	+29	+37

Source : élaboration par l'Ined à partir de sources communiquées par le ministère de l'Intérieur et des annuaires statistiques de l'Office des migrations (Omi)

Données de surveillance du sida et flux migratoires

En ce qui concerne les données de surveillance du sida, l'accroissement observé du nombre de nouveaux cas dans la population d'Afrique subsaharienne depuis 1999 a concerné essentiellement des personnes de nationalité camerounaise (+229 % entre 1998 et 2001), mais aussi congolaise-Brazzaville (+206 %), malienne (+158 %), centrafricaine (+111 %) et ivoirienne (+68 %), alors que le nombre de cas a diminué sur la même période chez les personnes de la République Démocratique du Congo (-35 %).

Dans la mesure où la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes était, fin 1999, d'environ 12 % en Côte d'Ivoire, d'environ 8 % au Cameroun et d'environ 6 % au Congo [15], un flux migratoire en forte augmentation en provenance de ces pays contribue à l'augmentation du nombre de diagnostics de sida dans cette population après leur arrivée en France. Pour la République centrafricaine, l'accroissement du flux migratoire entre 1999 et 2001 a été moindre (+32 %), mais la prévalence plus élevée de l'infection à VIH fin 1999 dans ce pays (environ 14 %) pourrait expliquer la forte croissance du nombre de cas de sida.

A l'inverse, le flux migratoire en provenance de la République Démocratique du Congo est stable entre 1999 et 2001, période pendant laquelle on observe une diminution du nombre de nouveaux cas de sida pour ce pays.

Parallèlement à une augmentation du flux migratoire des personnes de nationalité sénégalaise entre 1999 et 2001 de 38 %, on remarque que le nombre de nouveaux cas de sida dans cette population a certes augmenté entre 1998 et 2001 mais de façon plus modérée (+46 %), peut-être en raison d'une prévalence du VIH fin 1999 dans ce pays relativement faible (2 %).

L'augmentation du nombre de nouveaux cas de sida entre 1998 et 2001, beaucoup plus marquée chez les femmes que chez les hommes d'Afrique subsaharienne, est particulièrement observée pour le Cameroun (+414 % chez les femmes versus +28 % chez les hommes), pour le Mali (+450 % versus +100 %) et la Côte d'Ivoire (+130 % versus +38 %). Ce sont pour ces trois nationalités, que l'accroissement du flux migratoire entre 1999 et 2001 est plus important chez les femmes que chez les hommes sur la même période (tableau 14).



IV - Conclusion

L'augmentation récente du nombre de cas de sida diagnostiqués en France chez les personnes d'Afrique subsaharienne s'explique principalement par l'accroissement du flux migratoire en provenance de cette région du monde, constaté dans l'étude par le pourcentage important de patients arrivés en France depuis 1999. La prévalence de l'infection à VIH étant très élevée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un certain nombre de personnes en provenance de ces pays développent un sida après leur arrivée en France.

Mais, cette augmentation est aussi en partie le reflet d'une augmentation de l'incidence des contaminations dans les années passées chez des personnes présentes sur le territoire depuis de nombreuses années, et dont le diagnostic de l'infection à VIH est tardif.

L'étude, confortée par les données sur l'immigration, montre bien que les motifs de venue en France restent toujours majoritairement le rapprochement familial, la réalisation d'études et la recherche d'un emploi, puisque la délivrance d'un titre de séjour pour raisons médicales ne représente que 6 % des motifs de venue des personnes d'Afrique subsaharienne en 2001.

Les problèmes d'accès à une couverture sociale semblent en partie résolus au sein de la population séropositive originaire d'Afrique subsaharienne interrogée, mais cette amélioration pourrait être fortement remise en cause du fait des modifications d'attribution de l'AME. Par contre, la précarité socioéconomique des personnes reste préoccupante et constitue un problème majeur, puisque c'est un facteur connu pour limiter l'accès au dépistage et à une prise en charge médicale satisfaisante.



V - Propositions

- poursuivre les campagnes d'information et de prévention ciblées auprès des populations d'Afrique subsaharienne, notamment dans le cadre d'actions communautaires ;
- promouvoir un dépistage précoce de l'infection à VIH, notamment chez les hommes ;
- renforcer le conseil/prévention/dépistage du VIH auprès des femmes consultant dans le cadre d'un suivi gynéco-obstétrical ;
- lutter contre la discrimination raciale lors de la recherche d'un emploi et d'un logement social ;
- faciliter l'accès aux soins par une couverture sociale adaptée, CMU, AME, ... ;
- développer des études qualitatives complémentaires dans ces populations.

Bibliographie

- [1] Situation du sida en France. Données au 31 décembre 2002 (www.invs.sante.fr).
- [2] Nakache J.P. Confais J. «Méthodes de classification». Cisia - Ceresta éditeurs, 261 rue de Paris, 93556 Montreuil cedex. ISBN 2-906711-47-0.
- [3] Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Surveillance du VIH/sida en Europe. Rapport du 2^{ème} semestre 2002. Saint-Maurice. Institut de veille sanitaire, 2002. n°68.
- [4] G. Simon Les migrations internationales. Population et sociétés 2002; n°382.
- [5] X. Thierry Les entrées d'étrangers en France de 1994 à 1999. Population 2001; 56(3): 423-50.
- [6] Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Onusida. 1998.
- [7] Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Onusida. 2002.
- [8] Ministère de l'Intérieur. Les titres de séjour des étrangers en France en 1999, 2000, 2001, 2002 (www.interieur.gouv.fr)
- [9] E. Mortier, C. Chan Chee, M. Bloch, et al. Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine. BEH 2003, 1:2-3.
- [10] Avis du Conseil national du sida du 18 décembre 1995. Avis sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour (www.cns.sante.fr).
- [11] M. Lefranc Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès des personnes primo-migrantes – Evaluation de l'action. Sida Info Service.
- [12] Enquête santé, soins et protection sociale en 2000. L. Auvray, S. Dumesnil, P. Le Fur. Rapport, biblio n°1364, CreDES 2001.
- [13] Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002. Rapport collectif 2002 de la Drees
- [14] A. Savignoni, F. Lot, J. Pillonel, A. Laporte. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. Institut de veille sanitaire. Avril 1999.
- [15] Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Onusida. Juin 2000.

Annexe 1

Données de la surveillance du sida au 31 décembre 2002 Source Institut de veille sanitaire

Tableau 1: Evolution du nombre de nouveaux cas de sida par année de diagnostic (depuis 1994) et évolution du nombre de décès par sida par année de décès chez les sujets adultes de nationalité française et chez ceux de nationalité étrangère (données au 31/12/2002 redressées en 2001 et 2002 pour les délais de déclaration)

	Sujets de nationalité française		Sujets de nationalité étrangère		Dont sujets d'Afrique subsaharienne	
	Nombre de cas	Nombre de décès	Nombre de cas	Nombre de décès	Nombre de cas	Nombre de décès
1994	4 807	3 660	813	425	303	115
1995	4 473	3 459	708	405	258	130
1996	3 331	2 499	588	300	241	107
1997	1 771	942	429	131	195	52
1998	1 480	622	363	99	178	38
1999	1 314	589	431	73	221	36
2000	1 187	486	465	88	266	44
2001	1 084	440	489	99	306	52
2002*	1 172	575	719	126	504	71

* Attention : pour 2002, le nombre de cas de sida pourrait être surestimé par les calculs de redressement, en raison d'un raccourcissement des délais de notification constaté à la fin de 2002.

Tableau 2 : Nombre de nouveaux cas de sida chez les adultes domiciliés en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	<1987	Année de diagnostic													Total			
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999		2000	2001*	2002*
Afrique du nord	29 1,4 %	49 2,3 %	93 3,2 %	123 3,3 %	150 3,6 %	154 3,4 %	160 3,2 %	188 3,5 %	201 3,6 %	182 3,5 %	123 3,1 %	79 3,6 %	73 4,0 %	68 3,9 %	56 3,4 %	46 3,0 %	44 3,8 %	1 818 3,3 %
Afrique subsaharienne	81 4,0 %	54 2,6 %	73 2,5 %	83 2,2 %	122 2,9 %	174 3,9 %	214 4,2 %	253 4,7 %	303 5,4 %	258 5,0 %	241 6,1 %	195 8,8 %	178 9,6 %	221 12,6 %	266 16,0 %	296 19,2 %	275 23,7 %	3 287 6,0 %
Amérique (hors Haïti)	62 3,0 %	37 1,7 %	38 1,3 %	51 1,4 %	61 1,5 %	58 1,3 %	54 1,1 %	43 0,8 %	51 0,9 %	41 0,8 %	37 0,9 %	22 1,0 %	19 1,0 %	30 1,7 %	35 2,1 %	32 2,1 %	18 1,6 %	689 1,3 %
Haïti	101 5,0 %	50 2,4 %	46 1,6 %	54 1,5 %	71 1,7 %	66 1,5 %	76 1,5 %	60 1,1 %	102 1,8 %	79 1,5 %	57 1,5 %	43 1,9 %	35 1,9 %	50 2,8 %	53 3,2 %	56 3,6 %	48 4,1 %	1 047 1,9 %
Asie	14 0,7 %	12 0,6 %	15 0,5 %	18 0,5 %	31 0,7 %	36 0,8 %	20 0,4 %	29 0,5 %	37 0,7 %	26 0,5 %	19 0,5 %	20 0,9 %	12 0,6 %	20 1,1 %	19 1,1 %	23 1,5 %	25 2,2 %	376 0,7 %
Europe (hors France)	77 3,8 %	64 3,0 %	88 3,0 %	111 3,0 %	138 3,3 %	134 3,0 %	141 2,8 %	134 2,5 %	118 2,1 %	121 2,3 %	110 2,8 %	67 3,0 %	46 2,5 %	42 2,4 %	36 2,2 %	24 1,6 %	18 1,6 %	1 469 2,7 %
France	1 662 81,6 %	1 842 87,1 %	2 562 87,7 %	3 239 87,8 %	3 578 86,1 %	3 883 86,1 %	4 380 86,7 %	4 667 86,7 %	4 807 85,5 %	4 473 86,3 %	3 331 84,9 %	1 771 80,3 %	1 480 80,1 %	1 314 74,7 %	1 187 71,4 %	1 058 68,6 %	727 62,7 %	45 961 83,9 %
Autre/inconnu	11 0,5 %	8 0,4 %	6 0,2 %	10 0,3 %	6 0,1 %	5 0,1 %	8 0,2 %	7 0,1 %	3 0,1 %	4 0,1 %	4 0,1 %	9 0,4 %	5 0,3 %	15 0,9 %	10 0,6 %	7 0,5 %	5 0,4 %	123 0,2 %
Total	2 037 100,0 %	2 116 100,0 %	2 921 100,0 %	3 689 100,0 %	4 157 100,0 %	4 510 100,0 %	5 053 100,0 %	5 381 100,0 %	5 622 100,0 %	5 184 100,0 %	3 922 100,0 %	2 206 100,0 %	1 848 100,0 %	1 760 100,0 %	1 662 100,0 %	1 542 100,0 %	1 160 100,0 %	54 770 100,0 %

* Données provisoires

Tableau 3 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par nationalité et sexe (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Sexe		Total
	F	M	
Afrique du nord	312 17,2 %	1 506 82,8 %	1 818 100,0 %
Afrique subsaharienne	1 353 41,2 %	1 934 58,8 %	3 287 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	114 16,5 %	575 83,5 %	689 100,0 %
Haïti	417 39,8 %	630 60,2 %	1 047 100,0 %
Asie	38 10,1 %	338 89,9 %	376 100,0 %
Europe (hors France)	219 14,9 %	1 250 85,1 %	1 469 100,0 %
France	7 732 16,8 %	38 229 83,2 %	45 961 100,0 %
Autre/inconnu	20 16,3 %	103 83,7 %	123 100,0 %
Total	10 205 18,6 %	44 565 81,4 %	54 770 100,0 %

Tableau 4a : Nombre de nouveaux cas de sida chez les femmes adultes domiciliées en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	<1987	Année de diagnostic																Total
		1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002*	
Afrique du nord	4	5	9	16	27	29	22	29	36	44	21	13	9	13	13	12	10	312
	1,6 %	1,8 %	2,3 %	2,9 %	4,1 %	4,0 %	2,6 %	2,8 %	3,2 %	4,2 %	2,6 %	2,8 %	2,2 %	3,1 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %
Afrique subsaharienne	32	16	29	29	47	63	75	107	105	84	100	83	65	85	144	151	138	1 353
	12,9 %	5,9 %	7,3 %	5,2 %	7,1 %	8,6 %	8,8 %	10,2 %	9,5 %	8,0 %	12,5 %	17,6 %	16,1 %	20,5 %	31,8 %	37,5 %	42,1 %	13,3 %
Amérique (hors Haïti)	3	2	3	1	5	4	10	11	10	9	8	5	8	11	13	5	6	114
	1,2 %	0,7 %	0,8 %	0,2 %	0,8 %	0,5 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %	2,0 %	2,7 %	2,9 %	1,2 %	1,8 %	1,1 %
Haïti	38	16	16	20	30	27	36	27	33	37	24	14	14	17	24	28	16	417
	15,3 %	5,9 %	4,0 %	3,6 %	4,5 %	3,7 %	4,2 %	2,6 %	3,0 %	3,5 %	3,0 %	3,0 %	3,5 %	4,1 %	5,3 %	6,9 %	4,9 %	4,1 %
Asie	0	1	0	1	2	3	3	2	4	1	2	2	0	7	2	3	5	38
	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	1,7 %	0,4 %	0,7 %	1,5 %	0,4 %
Europe (hors France)	6	9	8	17	15	18	21	22	22	21	22	10	6	7	7	6	2	219
	2,4 %	3,3 %	2,0 %	3,1 %	2,3 %	2,5 %	2,5 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	2,8 %	2,1 %	1,5 %	1,7 %	1,5 %	1,5 %	0,6 %	2,1 %
France	165	224	335	472	536	585	688	850	899	849	621	342	301	269	249	196	151	7 732
	66,3 %	82,1 %	83,8 %	84,7 %	80,8 %	80,0 %	80,4 %	80,9 %	81,1 %	81,2 %	77,8 %	72,5 %	74,7 %	65,0 %	55,0 %	48,6 %	46,0 %	75,8 %
Autre/inconnu	1	0	0	1	1	2	1	3	0	0	0	3	0	5	1	2	0	20
	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	1,2 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %
Total	249	273	400	557	663	731	856	1 051	1 109	1 045	798	472	403	414	453	403	328	10 205
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* Données provisoires

Tableau 4b : Nombre de nouveaux cas de sida chez les hommes adultes domiciliés en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Année de diagnostic																Total	
	<1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*		2002*
Afrique du nord	25 1,4 %	44 2,4 %	84 3,3 %	107 3,4 %	123 3,5 %	125 3,3 %	138 3,3 %	159 3,7 %	165 3,7 %	138 3,3 %	102 3,3 %	66 3,8 %	64 4,4 %	55 4,1 %	43 3,6 %	34 3,0 %	34 4,1 %	1 506 3,4 %
Afrique subsaharienne	49 2,7 %	38 2,1 %	44 1,7 %	54 1,7 %	75 2,1 %	111 2,9 %	139 3,3 %	146 3,4 %	198 4,4 %	174 4,2 %	141 4,5 %	112 6,5 %	113 7,8 %	136 10,1 %	122 10,1 %	145 12,7 %	137 16,5 %	1 934 4,3 %
Amérique (hors Haïti)	59 3,3 %	35 1,9 %	35 1,4 %	50 1,6 %	56 1,6 %	54 1,4 %	44 1,0 %	32 0,7 %	41 0,9 %	32 0,8 %	29 0,9 %	17 1,0 %	11 0,8 %	19 1,4 %	22 1,8 %	27 2,4 %	12 1,4 %	575 1,3 %
Haïti	63 3,5 %	34 1,8 %	30 1,2 %	34 1,1 %	41 1,2 %	39 1,0 %	40 1,0 %	33 0,8 %	69 1,5 %	42 1,0 %	33 1,1 %	29 1,7 %	21 1,5 %	33 2,5 %	29 2,4 %	28 2,5 %	32 3,8 %	630 1,4 %
Asie	14 0,8 %	11 0,6 %	15 0,6 %	17 0,5 %	29 0,8 %	33 0,9 %	17 0,4 %	27 0,6 %	33 0,7 %	25 0,6 %	17 0,5 %	18 1,0 %	12 0,8 %	13 1,0 %	17 1,4 %	20 1,8 %	20 2,4 %	338 0,8 %
Europe (hors France)	71 4,0 %	55 3,0 %	80 3,2 %	94 3,0 %	123 3,5 %	116 3,1 %	120 2,9 %	112 2,6 %	96 2,1 %	100 2,4 %	88 2,8 %	57 3,3 %	40 2,8 %	35 2,6 %	29 2,4 %	18 1,6 %	16 1,9 %	1 250 2,8 %
France	1 497 83,7 %	1 618 87,8 %	2 227 88,3 %	2 767 88,3 %	3 042 87,1 %	3 298 87,3 %	3 692 88,0 %	3 817 88,2 %	3 908 86,6 %	3 624 87,6 %	2 710 86,7 %	1 429 82,4 %	1 179 81,6 %	1 045 77,6 %	938 77,6 %	862 75,7 %	576 69,2 %	38 229 85,8 %
Autre/inconnu	10 0,6 %	8 0,4 %	6 0,2 %	9 0,3 %	5 0,1 %	3 0,1 %	7 0,2 %	4 0,1 %	3 0,1 %	4 0,1 %	4 0,1 %	6 0,3 %	5 0,3 %	10 0,7 %	9 0,7 %	5 0,4 %	5 0,6 %	103 0,2 %
Total	1 788 100,0 %	1 843 100,0 %	2 521 100,0 %	3 132 100,0 %	3 494 100,0 %	3 779 100,0 %	4 197 100,0 %	4 330 100,0 %	4 513 100,0 %	4 139 100,0 %	3 124 100,0 %	1 734 100,0 %	1 445 100,0 %	1 346 100,0 %	1 209 100,0 %	1 139 100,0 %	832 100,0 %	44 565 100,0 %

* Données provisoires

Tableau 5 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par nationalité et mode de contamination (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Mode de contamination							Total
	rappports homosexuels (1)	usage de drogues IV (2)	(1) et (2)	injection de produits anti- hémophiliques	rappports hétérosexuels	transfusion	inconnu	
Afrique du nord	249 13,7 %	749 41,2 %	23 1,3 %	15 0,8 %	477 26,2 %	50 2,8 %	255 14,0 %	1 818 100,0 %
Afrique subsaharienne	98 3,0 %	45 1,4 %	2 0,1 %	0 0,0 %	2 918 88,8 %	28 0,9 %	196 6,0 %	3 287 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	428 62,1 %	20 2,9 %	14 2,0 %	1 0,1 %	187 27,1 %	4 0,6 %	35 5,1 %	689 100,0 %
Haïti	27 2,6 %	4 0,4 %	1 0,1 %	0 0,0 %	950 90,7 %	10 1,0 %	55 5,3 %	1 047 100,0 %
Asie	187 49,7 %	29 7,7 %	1 0,3 %	2 0,5 %	90 23,9 %	12 3,2 %	55 14,6 %	376 100,0 %
Europe (hors France)	583 39,7 %	497 33,8 %	28 1,9 %	11 0,7 %	207 14,1 %	37 2,5 %	106 7,2 %	1 469 100,0 %
France	22 040 48,0 %	11 112 24,2 %	538 1,2 %	522 1,1 %	7 548 16,4 %	1 584 3,4 %	2 617 5,7 %	45 961 100,0 %
Autre/inconnu	40 32,5 %	37 30,1 %	4 3,3 %	0 0,0 %	16 13,0 %	3 2,4 %	23 18,7 %	123 100,0 %
Total	23 652 43,2 %	12 493 22,8 %	611 1,1 %	551 1,0 %	12 393 22,6 %	1 728 3,2 %	3 342 6,1 %	54 770 100,0 %

Tableau 6 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1994, par nationalité et selon la connaissance ou non de la séropositivité VIH au moment de l'entrée dans le sida (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Connaissance de la séropositivité			Total
	oui	non	inconnu	
Afrique du nord	542 62,2 %	324 37,2 %	6 0,7 %	872 100,0 %
Afrique subsaharienne	897 40,2 %	1 327 59,4 %	9 0,4 %	2 233 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	152 53,1 %	133 46,5 %	1 0,3 %	286 100,0 %
Haïti	251 48,0 %	271 51,8 %	1 0,2 %	523 100,0 %
Asie	87 43,3 %	113 56,2 %	1 0,5 %	201 100,0 %
Europe (hors France)	375 64,4 %	206 35,4 %	1 0,2 %	582 100,0 %
France	14 664 72,8 %	5 401 26,8 %	85 0,4 %	20 150 100,0 %
Autre/inconnu	34 54,8 %	26 41,9 %	2 3,2 %	62 100,0 %
Total	17 002 68,3 %	7 801 31,3 %	106 0,4 %	24 909 100,0 %

Tableau 7 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1994, connaissant leur séropositivité au moment de l'entrée dans le sida, selon la nationalité et selon la prise ou non d'un traitement antirétroviral avant le sida (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Traitement antirétroviral pré-sida			Total
	oui	non	inconnu	
Afrique du nord	261 48,2 %	275 50,7 %	6 1,1 %	542 100,0 %
Afrique subsaharienne	418 46,6 %	464 51,7 %	15 1,7 %	897 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	63 41,4 %	85 55,9 %	4 2,6 %	152 100,0 %
Haïti	86 34,3 %	159 63,3 %	6 2,4 %	251 100,0 %
Asie	41 47,1 %	46 52,9 %	0 0,0 %	87 100,0 %
Europe (hors France)	202 53,9 %	157 41,9 %	16 4,3 %	375 100,0 %
France	8 380 57,1 %	6 013 41,0 %	271 1,8 %	14 664 100,0 %
Autre/inconnu	18 52,9 %	13 38,2 %	3 8,8 %	34 100,0 %
Total	9 469 55,7 %	7 212 42,4 %	321 1,9 %	17 002 100,0 %

Tableau 8 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par région de domicile et nationalité (données au 31/12/2002)

Région de domicile	Afrique du nord	Afrique subsaharienne	Amérique (hors Haïti)	Haïti	Asie	Europe (hors France)	France	Autre/inconnu	Total
Alsace	10 0,6 %	23 0,7 %	3 0,4 %	0 0,0 %	8 2,1 %	13 0,9 %	566 1,2 %	4 3,3 %	627 1,1 %
Aquitaine	21 1,2 %	30 0,9 %	7 1,0 %	1 0,1 %	6 1,6 %	63 4,3 %	2 410 5,2 %	2 1,6 %	2 540 4,6 %
Auvergne	6 0,3 %	15 0,5 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 1,3 %	469 1,0 %	0 0,0 %	511 0,9 %
Bourgogne	22 1,2 %	18 0,5 %	2 0,3 %	0 0,0 %	1 0,3 %	10 0,7 %	526 1,1 %	1 0,8 %	580 1,1 %
Bretagne	10 0,6 %	24 0,7 %	3 0,4 %	0 0,0 %	3 0,8 %	7 0,5 %	1 002 2,2 %	0 0,0 %	1 049 1,9 %
Centre	12 0,7 %	65 2,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	3 0,8 %	18 1,2 %	835 1,8 %	0 0,0 %	935 1,7 %
Champagne-Ardenne	7 0,4 %	14 0,4 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	7 0,5 %	415 0,9 %	1 0,8 %	445 0,8 %
Corse	2 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 0,3 %	235 0,5 %	0 0,0 %	242 0,4 %
Franche-Comté	6 0,3 %	4 0,1 %	1 0,1 %	0 0,0 %	4 1,1 %	8 0,5 %	291 0,6 %	0 0,0 %	314 0,6 %
Ile-de-France	1 355 74,5 %	2 532 77,0 %	399 57,9 %	350 33,4 %	290 77,1 %	798 54,3 %	19 566 42,6 %	65 52,8 %	25 355 46,3 %
Languedoc-Roussillon	29 1,6 %	35 1,1 %	4 0,6 %	1 0,1 %	5 1,3 %	48 3,3 %	1 759 3,8 %	6 4,9 %	1 887 3,4 %
Limousin	1 0,1 %	12 0,4 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,2 %	311 0,7 %	0 0,0 %	328 0,6 %
Lorraine	15 0,8 %	13 0,4 %	3 0,4 %	0 0,0 %	1 0,3 %	13 0,9 %	596 1,3 %	0 0,0 %	641 1,2 %
Midi-Pyrénées	12 0,7 %	39 1,2 %	10 1,5 %	0 0,0 %	3 0,8 %	144 9,8 %	1 594 3,5 %	11 8,9 %	1 813 3,3 %
Nord-Pas-de-Calais	13 0,7 %	62 1,9 %	3 0,4 %	1 0,1 %	5 1,3 %	10 0,7 %	876 1,9 %	1 0,8 %	971 1,8 %

Basse-Normandie	5	14	3	0	0	44	489	0	555
	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	3,0 %	1,1 %	0,0 %	1,0 %
Haute-Normandie	12	79	3	1	5	9	635	0	744
	0,7 %	2,4 %	0,4 %	0,1 %	1,3 %	0,6 %	1,4 %	0,0 %	1,4 %
Pays de la Loire	10	48	4	1	2	9	1 124	2	1 200
	0,6 %	1,5 %	0,6 %	0,1 %	0,5 %	0,6 %	2,4 %	1,6 %	2,2 %
Picardie	5	54	2	1	3	7	502	2	576
	0,3 %	1,6 %	0,3 %	0,1 %	0,8 %	0,5 %	1,1 %	1,6 %	1,1 %
Poitou-Charentes	5	12	1	1	5	10	667	0	701
	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	1,3 %	0,7 %	1,5 %	0,0 %	1,3 %
Provence Alpes Côte d'Azur	180	63	28	4	16	116	6 557	13	6 977
	9,9 %	1,9 %	4,1 %	0,4 %	4,3 %	7,9 %	14,3 %	10,6 %	12,7 %
Rhône-Alpes	80	117	18	0	14	96	2 727	10	3 062
	4,4 %	3,6 %	2,6 %	0,0 %	3,7 %	6,5 %	5,9 %	8,1 %	5,6 %
D.O.M.	0	14	189	686	2	12	1 809	5	2 717
	0,0 %	0,4 %	27,4 %	65,5 %	0,5 %	0,8 %	3,9 %	4,1 %	5,0 %
Total	1 818	3 287	689	1 047	376	1 469	45 961	123	54 770
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tableau 9 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en Ile-de-France, cumulés depuis 1978, par département de domicile et nationalité (données au 31/12/2002)

Département de domicile	Afrique du nord	Afrique subsaharienne	Amérique (hors Haïti)	Haïti	Asie	Europe (hors France)	France	Autre/inconnu	Total
75- Paris	438 32,3 %	996 39,3 %	338 84,7 %	93 26,6 %	160 55,2 %	463 58,0 %	9 856 50,4 %	24 36,9 %	12 368 48,8 %
77- Seine et Marne	36 2,7 %	135 5,3 %	3 0,8 %	11 3,1 %	4 1,4 %	29 3,6 %	807 4,1 %	5 7,7 %	1 030 4,1 %
78- Yvelines	64 4,7 %	85 3,4 %	1 0,3 %	6 1,7 %	10 3,4 %	29 3,6 %	945 4,8 %	4 6,2 %	1 144 4,5 %
91- Essonne	33 2,4 %	127 5,0 %	5 1,3 %	13 3,7 %	9 3,1 %	26 3,3 %	952 4,9 %	4 6,2 %	1 169 4,6 %
92- Hauts-de-Seine	216 15,9 %	221 8,7 %	19 4,8 %	58 16,6 %	23 7,9 %	83 10,4 %	2 185 11,2 %	11 16,9 %	2 816 11,1 %
93- Seine-Saint-Denis	326 24,1 %	537 21,2 %	17 4,3 %	82 23,4 %	40 13,8 %	71 8,9 %	2 090 10,7 %	10 15,4 %	3 173 12,5 %
94- Val-de-Marne	144 10,6 %	237 9,4 %	14 3,5 %	39 11,1 %	32 11,0 %	67 8,4 %	1 798 9,2 %	6 9,2 %	2 337 9,2 %
95- Val d'Oise	98 7,2 %	194 7,7 %	2 0,5 %	48 13,7 %	12 4,1 %	30 3,8 %	933 4,8 %	1 1,5 %	1 318 5,2 %
Total	1 355 100,0 %	2 532 100,0 %	399 100,0 %	350 100,0 %	290 100,0 %	798 100,0 %	19 566 100,0 %	65 100,0 %	25 355 100,0 %



Annexe 2

Données sur la file active des patients africains dans quelques services hospitaliers ayant participé à l'étude

- Service de médecine interne de l'hôpital Avicenne, Bobigny (93)
- Service d'immunologie clinique de l'hôpital Henri Mondor, Créteil (94)
- Service de médecine interne de l'hôpital Cochin, Paris (75)
- Service de maladies infectieuses de l'hôpital Rothschild puis Tenon, Paris (75)
- Service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis (93)
- Service de médecine interne du CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre (94)

Figure 1 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service de médecine interne, hôpital Avicenne, Bobigny (93).

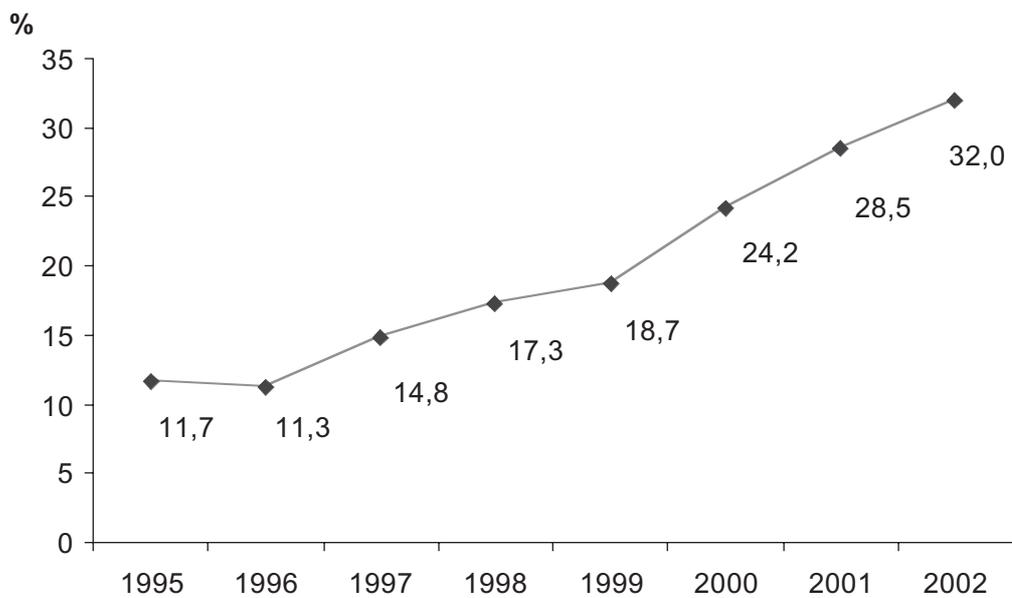


Figure 2 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ nouvellement pris en charge dans le service de médecine interne, hôpital Avicenne, Bobigny (93).

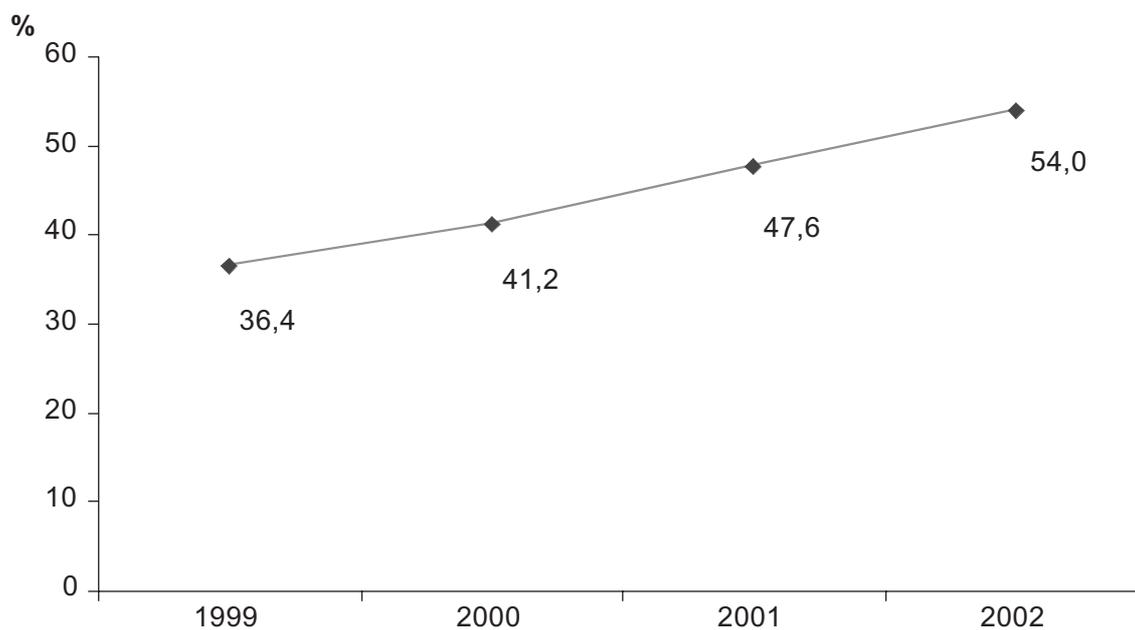


Figure 3 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service d'immunologie clinique, hôpital Henri Mondor, Créteil (94).

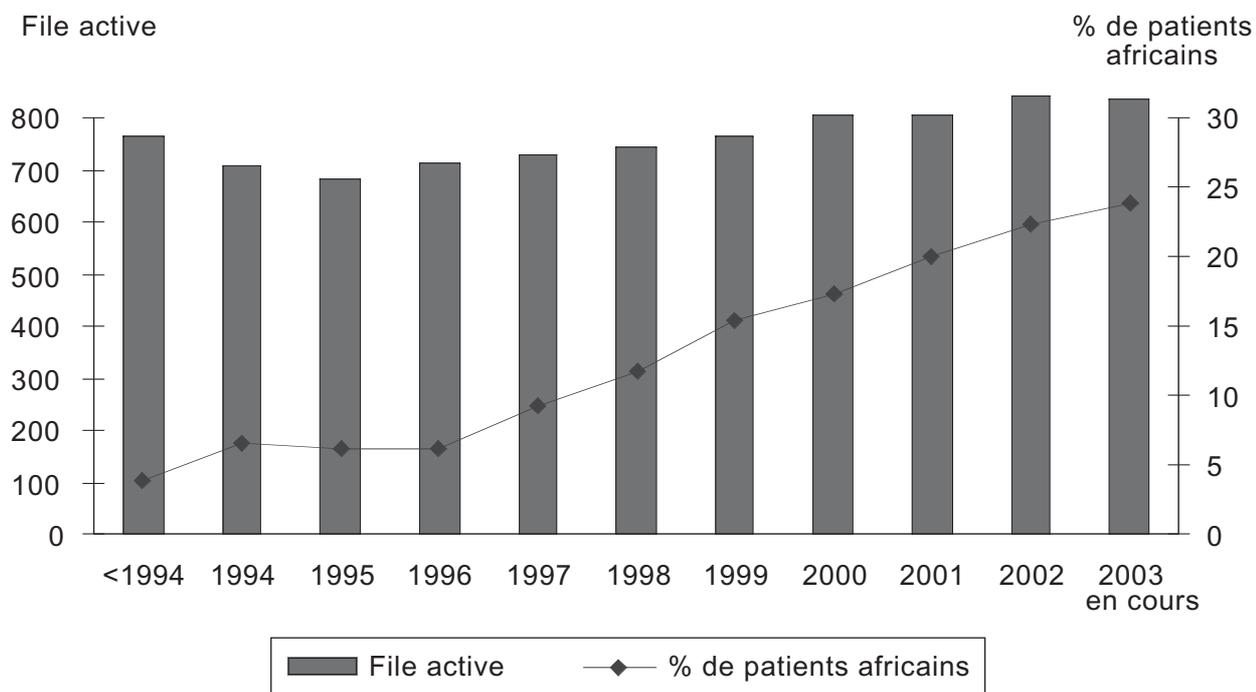


Figure 4 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service de médecine interne de l'hôpital Cochin (75).

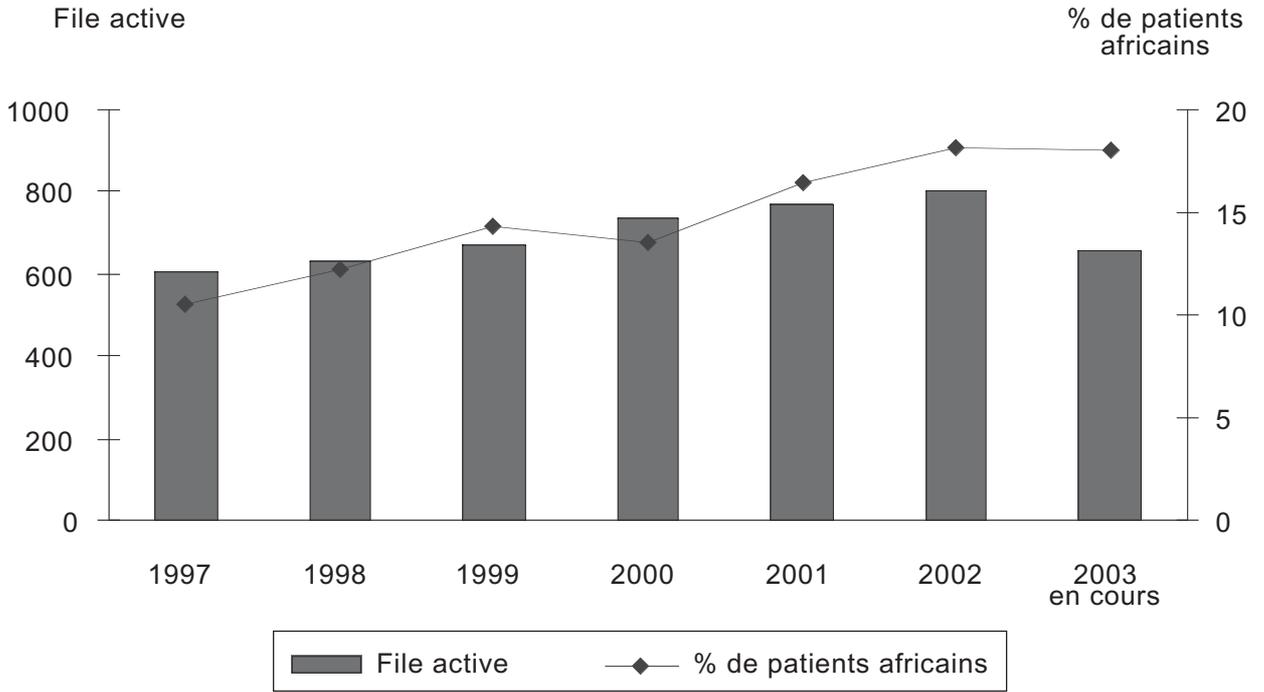


Figure 5 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service de maladies infectieuses, hôpital Rothschild puis Tenon (75) (au 30 juin 2003).

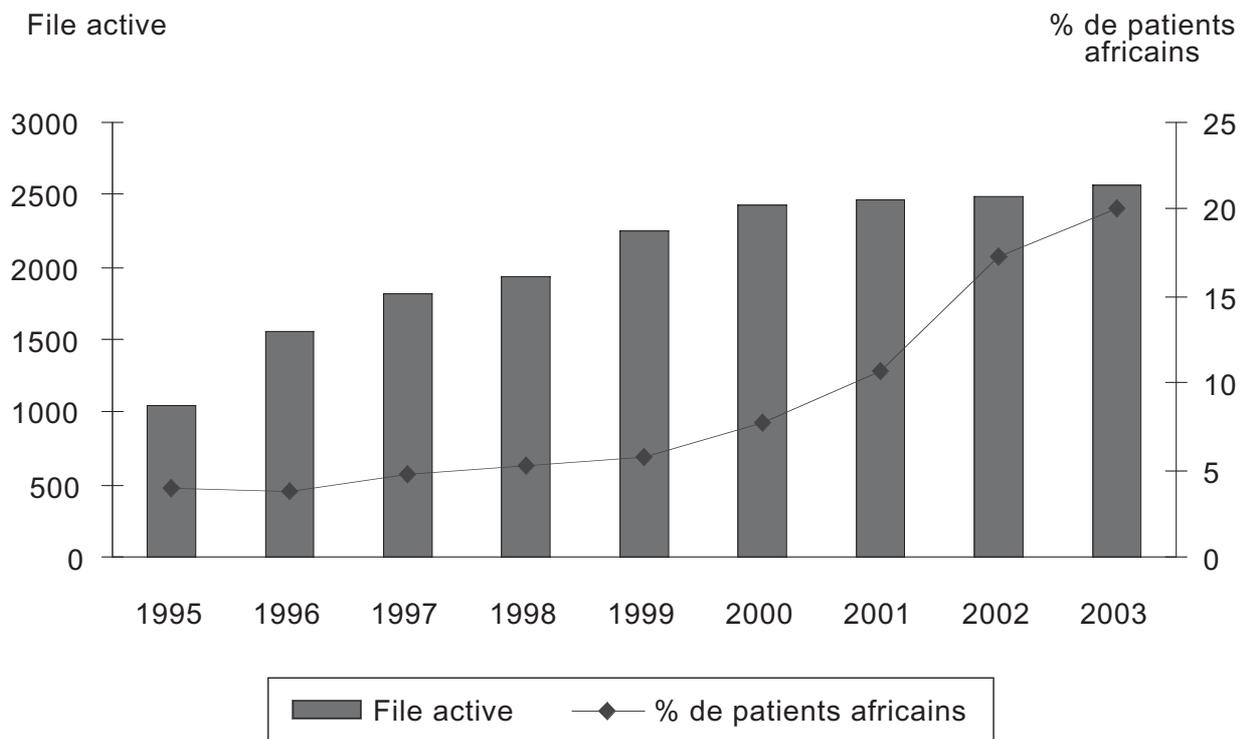


Figure 6 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis (93) (au 15/09/2002).

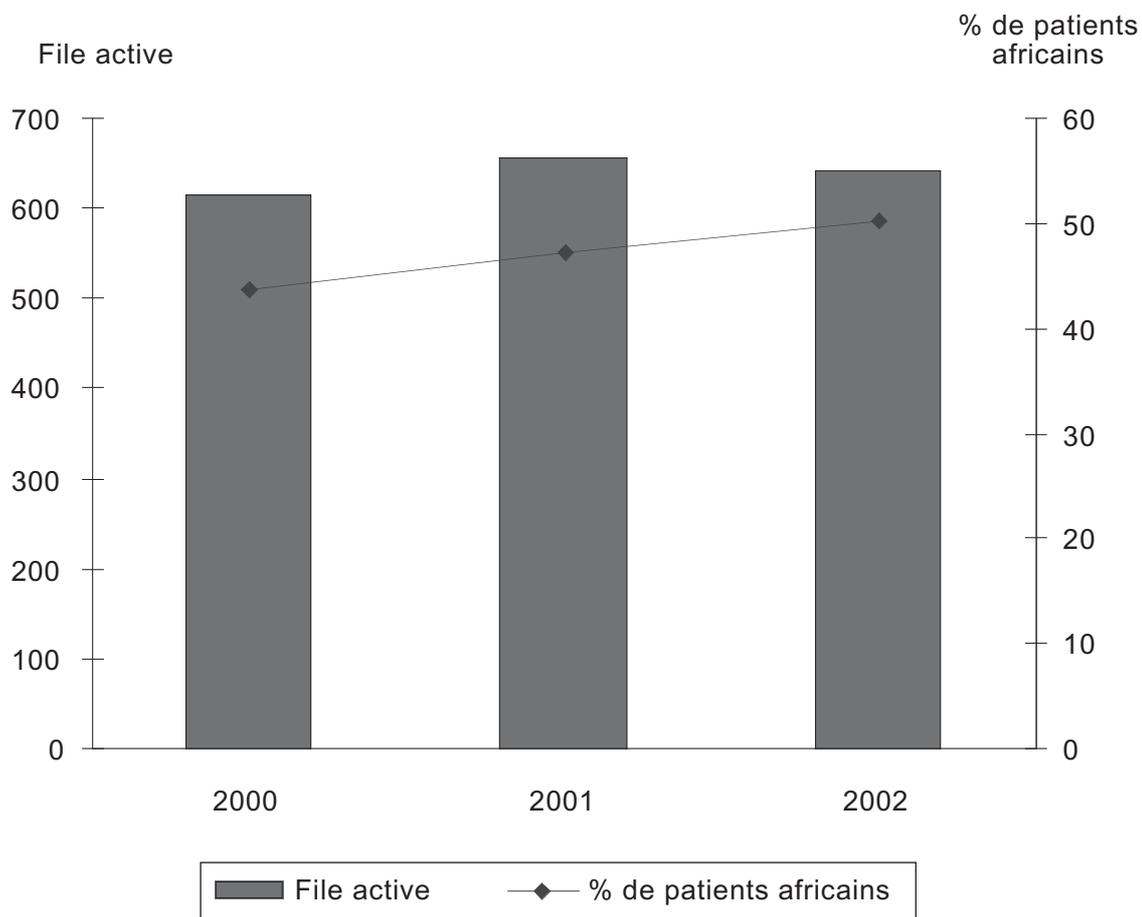


Figure 7 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ pris en charge dans le service de médecine interne, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre (94) (au 30 juin 2003).

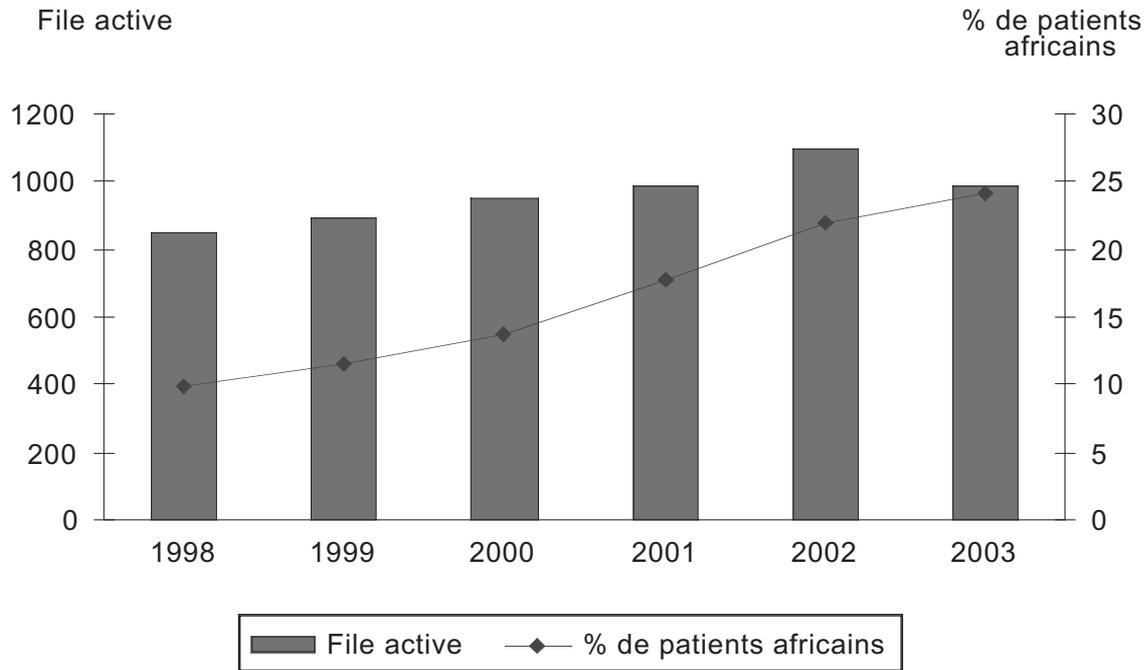
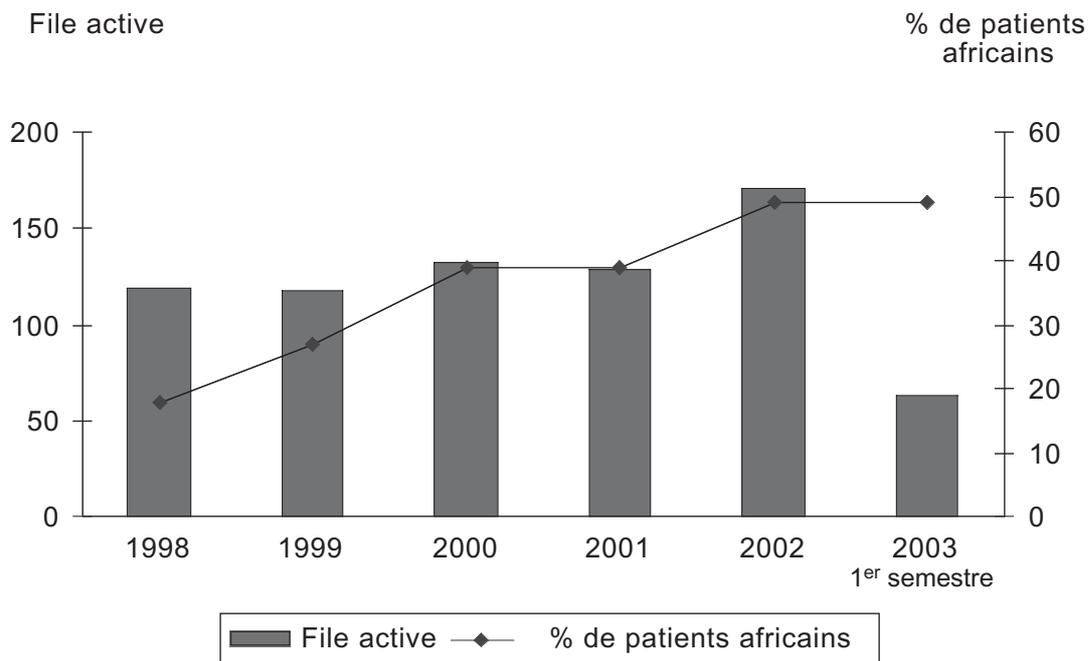


Figure 8 : Évolution du pourcentage de patients originaires d'Afrique subsaharienne dans la file active annuelle de patients VIH+ nouvellement pris en charge dans le service de médecine interne, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre (94) (au 30 juin 2003).





Annexe 3

Questionnaire de l'étude

Questionnaire d'enquête auprès de patients originaires d'Afrique subsaharienne atteints par le VIH (Institut de veille sanitaire)

Partie à compléter par le médecin hospitalier

Stade clinique de l'infection à VIH : A B C

Traitement antirétroviral en cours : oui non Si non, pourquoi :

pas d'indication	<input type="checkbox"/>
pas de suivi antérieur	<input type="checkbox"/>
interrompu par le médecin	<input type="checkbox"/>
interrompu par le patient	<input type="checkbox"/>
refus du patient	<input type="checkbox"/>
autre situation	<input type="checkbox"/>

préciser :

Suivi médical de l'infection VIH :

Régulier (venu à toutes les consultations prévues)	<input type="checkbox"/>
Plus ou moins régulier (venu à 3 consultations sur 4)	<input type="checkbox"/>
Irrégulier (venu à 1 consultation sur 2 ou moins)	<input type="checkbox"/>
Autre situation	<input type="checkbox"/>

préciser :

Partie à compléter par le médecin de l'InVS

Numéro du département de l'hôpital :

Sexe du patient : F H

Quel âge avez-vous ? ans

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

Quelle est votre nationalité ?

Si vous êtes de nationalité française,	vous étiez de nationalité française à la naissance	<input type="checkbox"/>
	vous l'avez acquise par la suite	<input type="checkbox"/>

Où est votre lieu de domicile principal (*département si France ou pays si étranger*) ?

Si vous n'avez pas toujours vécu en France :

En quelle année êtes-vous arrivé(e) en France (*préciser le mois si ≥ 1999*) ?

Dans quel pays habitiez-vous avant votre arrivée en France ?

Quelle a été la raison de votre venue en France (*plusieurs réponses possibles*) ?

Vous êtes venu rejoindre un proche	<input type="checkbox"/>	préciser :
Vous êtes venu pour faire des études, chercher un travail	<input type="checkbox"/>	
Vous êtes venu pour des raisons politiques	<input type="checkbox"/>	
Vous êtes venu car vous étiez malade	<input type="checkbox"/>	préciser :
Vous êtes venu pour une autre raison	<input type="checkbox"/>	préciser :

A quel âge avez-vous arrêté vos études ? ans,

Quel est votre niveau d'études? (*école primaire, niveau 3^{ème}, bac, études supérieures*)

Actuellement, travaillez-vous ? oui non Si oui, quel travail faites-vous ?

Quel est votre revenu mensuel ?

Moins de 3600 francs (550 euros) par mois	<input type="checkbox"/>
Entre 3600 francs (550 euros) et 6500 francs (990 euros)	<input type="checkbox"/>
Plus de 6500 francs (990 euros)	<input type="checkbox"/>

En France, où logez-vous ?

Vous vivez chez vos parents ou chez d'autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/>
Vous vivez chez un (ou des) ami(s)	<input type="checkbox"/>
Vous logez dans un hôtel	<input type="checkbox"/>
Vous logez dans un foyer ou dans un centre d'hébergement	<input type="checkbox"/>
Vous êtes locataire ou sous-locataire d'un appartement	<input type="checkbox"/>
Vous êtes propriétaire de votre logement	<input type="checkbox"/>
Autre situation	<input type="checkbox"/>

préciser :

En France, combien de personnes vivent avec vous ?

- Qui sont ces personnes ? Conjoint(e) (mari, femme, compagnon, compagne)
- Enfants (les vôtres, ceux de votre conjoint(e), neveux, ...) nombre :
- Parents (parents, frères, sœurs, oncle ...) nombre :
- Autres personnes nombre :

Avez-vous des enfants ? oui non Si oui, combien d'enfants avez-vous ?

combien d'enfants vivent avec vous en France ?

combien d'enfants sont nés en France ?

quels âges ont vos enfants nés en France ?

Depuis quand savez-vous que vous avez le virus du sida ?

A quelle occasion l'avez-vous appris ?

- A l'occasion d'une grossesse
- A l'occasion d'un bilan de santé
- Suite à des symptômes
- En raison de la séropositivité de votre conjoint(e)
- Après une prise de risque
- Autre , préciser :

Où a été fait ce test positif pour le virus du sida ?

- En France
- dans un laboratoire d'analyses médicales en ville
- à l'hôpital, dans une clinique, un centre de soins
- dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
- autre lieu , préciser :
- Dans votre pays d'origine ou à l'étranger

Après avoir appris que vous étiez séropositif(ve) au VIH, combien de temps s'est écoulé avant que vous alliez voir un médecin (pour la prise en charge de votre séropositivité) ?

- Moins de six mois
- Entre six mois et un an
- Plus d'un an

Depuis que vous êtes pris en charge pour votre séropositivité, avez-vous déjà interrompu ce suivi médical ? Oui

Non

Si oui, pendant combien de temps ?

- Pendant six mois environ
- Pendant un an environ
- Pendant plus d'un an

Quelles sont les raisons qui vous ont amené à vous faire suivre de nouveau ?

- L'apparition de symptômes
- Les nouvelles thérapies
- Votre entourage
- Autre , préciser :

Comment pensez vous avoir été contaminé(e) ?

Où pensez vous avoir été contaminé(e) ? En France

Dans votre pays d'origine

Autre pays , préciser :

Ne sait pas

En ce qui concerne la prise en charge de vos soins :

- Vous avez l'Aide médicale d'état
- Vous avez la Sécurité sociale (hors CMU)
- Vous avez une mutuelle complémentaire
- Vous avez la CMU de base
- Vous avez la CMU totale (base + complémentaire)
- Autre situation , préciser :

Actuellement, quelle est votre situation ?

- Régulière
- Irrégulière

- Aide médicale d'état : concerne les personnes qui résident en France et qui ne peuvent bénéficier de la CMU.
- CMU de base : concerne les personnes qui résident en France et qui sont en situation régulière. Elles sont affiliées à la Sécurité sociale et bénéficient d'une couverture de base. Elle est accessible moyennant une cotisation différentielle.
- CMU totale : concerne les personnes qui résident en France, sont en situation régulière et ont un revenu inférieur à 3500 francs par mois. Elles sont affiliées à la sécurité sociale et bénéficient d'une couverture de base, ainsi que d'une complémentaire (prise en charge intégrale du ticket modérateur). Elle est entièrement gratuite.

Notes