

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

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

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

L'incidence du sida a considérablement diminué en France à partir de 1996, puis plus faiblement ensuite, grâce aux nouvelles stratégies thérapeutiques [1]. Cette diminution a été moins marquée chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, chez qui on note même, à partir de 1999, une augmentation du nombre de nouveaux cas de sida (+72 % entre 1998 et 2001). Cette augmentation a essentiellement concerné des personnes domiciliées en Ile-de-France et plus les femmes (+143 %) que les hommes (+32 %). Dans le but de comprendre les raisons de cette augmentation récente des cas de sida dans cette population et afin de mieux adapter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge en direction de ces personnes, 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 [2].

MÉTHODE

Lieu et période d'étude

Les 22 services hospitaliers d'Ile-de-France ayant déclaré au moins 10 cas de sida entre 1999 et 2001 chez des patients de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne ont été sollicités pour participer à l'étude.

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

Population de l'étude

Ont été sollicitées toutes les personnes originaires¹ d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, âgées d'au moins 18 ans, présentes les jours de l'étude en consultation externe, hôpital de jour ou hospitalisation complète. Leur accord de participation a été recueilli en fin de consultation par le médecin hospitalier ou, en cas d'hospitalisation, directement par un médecin de l'InVS sur place pendant toute la durée de l'étude.

Recueil des données

Quel que soit le type de recours médical (consultation ou hospitalisation), les données ont été colligées sur la base d'un questionnaire anonyme² composé de deux parties :

- une partie complétée par le médecin hospitalier, renseignant des données médicales succinctes (stade clinique, prise ou non d'un traitement antirétroviral, régularité du suivi médical) ;

- une autre partie complétée par un médecin de l'InVS au cours d'un entretien en face à face avec la personne, permettait de préciser certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, pays de naissance, nationalité, niveau d'études), les

conditions de vie (activité professionnelle, logement, entourage familial, couverture sociale), les circonstances d'arrivée en France (date et raisons) et des informations sur l'infection 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 et la légalité de la situation administrative.

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 pour caractériser les personnes en fonction de certaines données socioéconomiques et médicales [3].

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.

RÉSULTATS

Seize services hospitaliers ont accepté de participer à l'étude : 8 à Paris, 1 dans les Hauts-de-Seine, 3 en Seine-Saint-Denis, 3 dans le Val-de-Marne et 1 dans le Val d'Oise.

Dans ces services, parmi les 288 personnes répondant aux critères d'inclusion, 278 (97 %) personnes ont été sollicitées et 250 (90 %) ont accepté de répondre au questionnaire.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Sexe et âge

Parmi les personnes interrogées, 64 % étaient des femmes, ce pourcentage ne différant pas 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) que chez les femmes (33 ans) ($p < 10^{-5}$).

Pays de naissance et nationalité

Les principaux pays de naissance des personnes interrogées sont présentés dans le tableau 1. Pays de naissance et nationalité étaient le plus souvent concordants, sauf pour la Côte d'Ivoire et la France.

Date et raisons d'arrivée en France

La distribution des personnes, en fonction de leur date d'arrivée en France, est présentée en figure 1.

- 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.

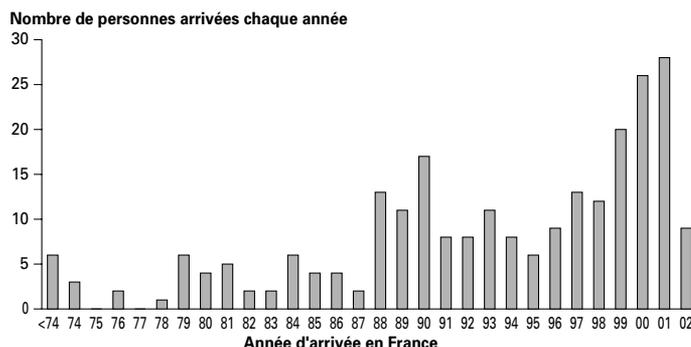
Tableau 1

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	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

Figure 1

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



A partir de 1999, le nombre s'élève chaque année et au total, 34 % des personnes de l'étude sont arrivées en France sur cette dernière période.

Le rapprochement familial, 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 vue d'un rapprochement familial, les hommes pour trouver un emploi.

L'arrivée en France pour raisons politiques était invoquée plus souvent par les hommes et surtout par des personnes provenant de République démocratique du Congo.

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

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	Hommes	Femmes	p
	N = 250 %	N = 91 %	N = 159 %	
Rapprochement familial	34	9	48	<10 ⁻⁴
Emploi, études	33	52	22	<10 ⁻⁴
Raisons politiques	12	15	10	ns
Raisons médicales	10	9	11	ns
Autres	9	11	8	ns
Inconnu	2	4	1	ns

Niveau d'études

Parmi les personnes interrogées, 24 % avaient fait des études supérieures (les hommes plus que les femmes) et 42 % des études secondaires (les femmes plus que les hommes). Il faut noter que 14 % des personnes avaient un niveau de scolarité primaire et 18 % n'avaient jamais été scolarisées.

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, p = 0,02).

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 % d'entre eux), les femmes plus souvent des employées (72 % d'entre elles) (p = 0,02).

Sur les 120 personnes interrogées sur leur revenu mensuel, 103 (86 %) ont répondu. Ce revenu était inférieur à 550 euros pour 53 % d'entre elles et compris entre 550 et 990 euros pour 23 %.

Logement

Seules, 48 % des personnes bénéficiaient d'un logement stable (35 % des hommes et 55% des femmes), la majorité (52 %) vivant dans des conditions précaires (chez des amis ou dans la famille, dans un foyer ou à l'hôtel). Les hommes vivaient plus souvent dans des foyers que les femmes (pour 24 % d'entre eux versus 7 %).

Protection sociale et situation administrative

Concernant la protection sociale, 41 % des patients bénéficiaient de la sécurité sociale, les hommes plus 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'Etat (AME) couvrait 16 % des personnes, plus souvent des femmes que des hommes (20 % versus 10 %, p = 0,04).

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

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

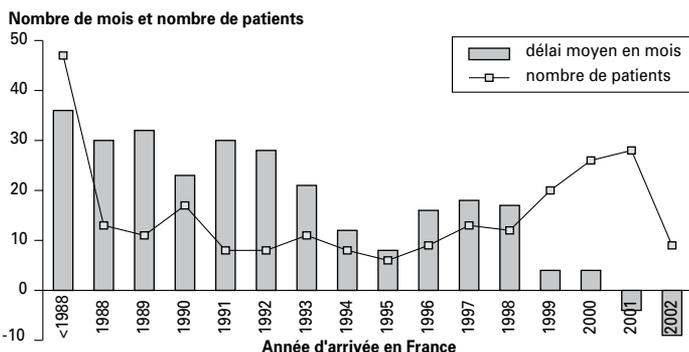
INFECTION À VIH

Le dépistage de l'infection à VIH avait été réalisé pour 9 % des patients dans leur pays d'origine, et pour 91 % en France. Le délai entre l'arrivée en France et la découverte de la séropositivité était plus long pour les patients arrivés dans les années quatre-vingts et plus court pour ceux arrivés à la fin des années quatre-vingt-dix (figure 2). Pour ceux arrivés en 2001 et 2002, la découverte de la séropositivité a précédé l'arrivée en France (délai négatif).

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

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)



Tout sexe confondu, le mode de contamination le plus souvent cité était la transmission hétérosexuelle. Cependant, le mode de transmission était déclaré comme inconnu par 51 % des personnes, en particulier par les hommes (pour 64 % d'entre eux).

Le pays présumé de contamination était le pays d'origine ou un autre pays d'Afrique pour 44 % des personnes, la France pour 29 % et restait inconnu pour 27 %.

Au moment de l'étude, 46 % des personnes étaient asymptomatiques (stade A), 20 % étaient symptomatiques non sida (stade B) et 34 % symptomatiques sida (stade C). Un traitement antirétroviral était prescrit à 72 % d'entre elles.

Le médecin hospitalier considérait le suivi médical comme assidu (venu à toutes les consultations) pour 71 % des personnes, régulier (venu à au moins trois consultations sur quatre) pour 14 % et irrégulier (venu, au mieux, à une consultation sur deux) pour 15 %.

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES SELON LES PÉRIODES D'ARRIVÉE EN FRANCE

L'analyse des correspondances multiples a permis de distinguer trois classes homogènes de personnes en fonction de caractéristiques communes (tableau 3).

Tableau 3

Description de la partition en 3 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 ≥ 36ans	81 %	Sans activité professionnelle	80 %
Âge < 36 ans	75 %	Stade clinique B ou stade 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 %		

La classe 2 est principalement représentée par des hommes, arrivés en France jusqu'en 1987 (53 %), pour des études ou la recherche d'un emploi. Ils travaillent, ont des revenus supérieurs au SMIC et, sont couverts par la sécurité sociale. Ils ont découvert leur séropositivité VIH après leur arrivée en France à l'occasion de symptômes. Ils méconnaissent, pour la plupart, leur mode de contamination.

La classe 1 est essentiellement caractérisée par des femmes (95 %), âgées de moins de 36 ans, venues en France entre 1988 et 1998 pour rapprochement familial. Elles ont un logement stable (72 %) et sont couvertes par la CMU (48 %). Elles ont, le plus souvent, découvert leur séropositivité VIH à l'occasion d'une grossesse.

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

Cette analyse descriptive a été complétée par des analyses quantitatives (univariées et multivariées) en fonction de la période d'arrivée en France (jusqu'en 1998 et 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). Par rapport aux personnes arrivées en France jusqu'en 1998, les personnes arrivées depuis 1999 étaient plus jeunes (< 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 4).

Tableau 4

Analyse multivariée - Facteurs indépendants associés à l'arrivée en France depuis 1999 des 250 personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH (2002, Ile-de-France)

		OR ajusté	IC 95 %
Âge	< 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]

DISCUSSION

Cette étude comporte plusieurs biais qu'il convient de discuter rapidement.

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

Les personnes interrogées étaient, de facto, présentes à l'hôpital les jours de l'enquête et prises en charge pour leur infection VIH. La population d'étude n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population séropositive pour le VIH originaire d'Afrique subsaharienne vivant en France, puisque n'y sont pas incluses les personnes qui ignorent leur séropositivité et celles qui connaissent leur séropositivité mais sans suivi médical, ou suivies en ville ou en dehors de l'Ile-de-France.

Enfin, certains items 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.

Trois groupes identifiés

L'étude a permis de caractériser trois groupes de personnes ayant immigré en France à des périodes distinctes et d'identifier les facteurs associés à une arrivée récente.

Un groupe correspond à des hommes arrivés 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 campagnes d'information et de prévention (contamination en France, mode de contamination inconnu). De même, les campagnes d'incitation au dépistage ont eu peu d'impact sur eux puisqu'ils ont découvert leur séropositivité VIH très tardivement, au moment de symptômes.

Un autre groupe est constitué de femmes qui ont immigré 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 VIH à un stade plus précoce à l'occasion d'une grossesse.

Pour ces deux groupes (2/3 de la population de l'étude), les raisons habituelles accompagnant tout flux migratoire sont retrouvées : face à des conditions de vie difficile, on cherche à les améliorer en immigrant vers un pays plus riche [4].

Le dernier groupe est constitué de personnes arrivées depuis 1999 plus souvent pour raisons médicales que les deux autres groupes (27 % versus 2 %). Cependant, la raison principale de leur venue 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 espèrent sans doute, en immigrant, bénéficier d'un traitement difficile à obtenir dans leur pays d'origine, quitte à vivre dans des conditions d'extrême précarité. L'AME apparaît, ici, comme une mesure humanitaire dont le bien fondé est indiscutable.

Principales caractéristiques de la population décrite

La prédominance féminine de la population d'étude (près des 2/3) est également observée depuis 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 VIH constatée en Afrique subsaharienne. En effet, si on estimait fin 1997 que 47 % des adultes atteints par le VIH vivant en Afrique subsaharienne étaient des femmes, ce pourcentage était de 58 % fin 2001 [6-7].

La vulnérabilité sociale de la population d'étude est frappante, la moitié des personnes interrogées ayant une situation précaire d'emploi, de logement et de revenus. Bien que les personnes arrivées avant 1999 présentaient une situation sociale plus satisfaisante, leur situation financière restait problématique, puisque la majorité vivait avec moins du SMIC. Cette précarité sociale a également été mise en évidence dans une étude réalisée dans un hôpital des Hauts-de-Seine [8].

Si 82 % des sujets indiquent être en situation régulière, malgré le biais de déclaration, ce pourcentage pourrait ne pas être surestimé en raison de la régularisation de nombreux « sans papiers » en 1997/1998 et, peut-être aussi, en raison d'un recours aux soins plus faible de la part de personnes en situation irrégulière, qui privilégient d'abord la recherche de ressources pour parer aux impératifs de survie.

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. Malheureusement, les modifications des conditions d'attribution de l'AME, envisagées par la loi de finances 2003, mettent en péril cette situation.

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. Les femmes sont moins souvent symptomatiques que les hommes, bénéficiant d'un dépistage plus précoce lors d'une grossesse. La diffusion d'une information adaptée à la population d'Afrique subsaharienne vivant en France aiderait à promouvoir l'accès précoce au dépistage, en particulier, auprès des hommes.

Arrivées récentes en France et flux migratoires

La proportion de patients de l'étude arrivés récemment en France concorde avec l'évolution des flux migratoires observée en France [9]. Les personnes en provenance d'Afrique subsaharienne représentent 29 % de l'ensemble des immigrants en 1994, 37 % en 1999 et 43 % en 2001. Ce flux migratoire accru a concerné particulièrement les ressortissants des pays d'Afrique francophone. 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 (+59 %) et la Côte-d'Ivoire (+57 %). Comparativement, le nombre d'immigrants, toutes nationalités confondues, a augmenté de 26 % sur la même période.

Données de surveillance du sida et flux migratoires

Selon les données de surveillance du sida, le nombre de nouveaux cas depuis 1999 a augmenté essentiellement parmi les personnes de nationalité camerounaise (+229 % entre 1998 et 2001), mais aussi congolaise (+206 %), malienne (+158 %), centrafricaine (+111 %) et ivoirienne (+68 %), alors qu'il a diminué pour les personnes de République démocratique du Congo (-35 %).

Dans la mesure où la prévalence de l'infection 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 [10], un flux migratoire en forte augmentation de ces pays contribue à l'augmentation du nombre de diagnostics de sida dans cette population en France. Pour la République centrafricaine, l'accroissement du flux migratoire entre 1999 et 2001 a été moindre (+32 %), mais la prévalence de l'infection VIH fin 1999 plus élevée (environ 14 %) pourrait expliquer la forte croissance du nombre de cas de sida observée.

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 en France pour ce pays.

CONCLUSION

L'augmentation récente du nombre de cas de sida diagnostiqués en France chez les personnes d'Afrique subsaharienne est aussi constatée dans d'autres pays européens [11]. Elle 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 vivant en France depuis de nombreuses années, et dont le diagnostic de l'infection à VIH est tardif.

L'étude, confortée par les données d'immigration, montre bien que les motifs de venue en France restent majoritairement le rapprochement familial, la réalisation d'études et la recherche d'un emploi, la délivrance d'un titre de séjour pour raisons médicales ne représentant 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. Cependant, 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.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Situation du sida en France. Données au 31 décembre 2002 (www.invs.sante.fr).
- [2] Valin N, Lot F, Larsen C, Gouézel P, Blanchon T, Laporte A. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002. Rapport InVS (à paraître).
- [3] J.P. Nakache, J. Confais. « Méthodes de classification ». Cisia-Ceresta éditeurs, 261 rue de Paris, 93556 Montreuil cedex. ISBN 2-906711-47-0.
- [4] Simon G. Les migrations internationales. Population et sociétés 2002; n° 382.
- [5] Thierry X. 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] Mortier E, Chan Chee C, Bloch M, et al. Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine. BEH 2003; 1:2-3.
- [9] Ministère de l'intérieur. Les titres de séjour des étrangers en France en 1999, 2000, 2001, 2002 (www.interieur.gouv.fr).
- [10] Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. ONUSIDA. Juin 2000.
- [11] Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport du 2^e semestre 2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2002; n° 68.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les médecins, ayant accepté de collaborer à l'étude et de proposer à leurs patients d'Afrique subsaharienne d'y participer, dans les services suivants : Pr Krivitzky, Hôpital Avicenne (Bobigny) ; Pr Yeni, Hôpital Bichat (Paris) ; Pr Sicard, Hôpital Cochin (Paris) ; Dr Mechali, Hôpital Delafontaine (St Denis) ; Dr Trois Vallets, Hôpital de Gonesse ; Pr Sobel, Hôpital Henri Mondor (Créteil) ; Pr Del-fraissy, Hôpital du Kremlin-Bicêtre ; Pr Caulin, Hôpital Lariboisière (Paris) ; Pr Vinceneux, Hôpital Louis-Mourier (Colombes) ; Pr Bricaire, Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris) ; Pr Rozenbaum, Hôpital Rothschild et Tenon (Paris) ; Pr Girard, Hôpital Saint-Antoine (Paris) ; Dr Patey, Hôpital de Villeneuve St-Georges ; Dr Boudon, Hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous Bois) ; Pr Sicard, Hôpital Saint-Antoine (Paris).

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédaction : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr; Nolwenn Bodo, InVS, n.bodo@invs.sante.fr

Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CCHin Paris-Nord - **Comité de rédaction** : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Danièle Fontaine, Fnors ; Eugénia Gomes do Espírito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)