

MIGRANTS contre le VIH/SIDA

Migrants contre le VIH/SIDA

Egalité des droits face à la maladie

70 rue de la Fraternité

93 170 Bagnolet

Tél. : 06 80 87 48 60

Fax : 01 40 18 18 61

E-mail : MAHA@espaceweb.ch

Internet : <http://www.aegis.com/maha/>

Emission de radio tous les mardis de 17 heures à 18 heures sur FPP 106,3 FM.

DÉCLARATION À L'OCCASION DE LA JOURNÉE « SIDA ET IMMIGRATION: LA RECHERCHE EN QUESTION »

Pourquoi nous refusons la parodie de l'ANRS

Migrants contre le sida refuse de participer à la parodie organisée aujourd'hui par l'ANRS. Les premiers concernés, les malades issus de l'immigration, sont exclus des débats. Certains des intervenants ont perpétué, pendant des années, le silence et le déni alors que l'épidémie frappait déjà de plein fouet les immigrés. Enfin, cette rencontre ne pose ni la responsabilité des pouvoirs publics, ni la complicité des associations institutionnelles dans la gestion de l'épidémie.

Anne Laporte : votre santé publique nuit à notre santé

La conclusion du rapport d'Anne Laporte (InVS) sur la situation du sida au sein de la population étrangère (InVS, 1999) adopte une position ouvertement raciste sur les causes de l'épidémie. Pour l'Institut, chez les Africains noirs, le sida peut être « *une pathologie d'importation, dans la mesure où l'étranger vient en France déjà porteur du VIH* ». Pour les Maghrébins, il s'agirait d'un problème d'intégration dont ils seraient eux-mêmes responsables, du « *fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration* ». Nous appelons tous ceux engagés sur le front du sida aujourd'hui à refuser ces propos ouvertement racistes, réducteurs, et ridicules.

Si les immigrés sont frappés hors proportion par le virus, c'est la conséquence des choix politiques en matière d'immigration et de santé publique: depuis 30 ans, les immigrés et leurs enfants sont parqués dans le ghetto, des bidonvilles au HLM. Ils sont la cible des expulsions, de la répression policière, de la discrimination administrative d'État faite entre « bons » et « mauvais » immigrés...

De AIDES à Act Up: refusez de gérer la misère des malades

En 1999, Christian Saout, président d'AIDES Fédération, se déclarait rassuré sur l'utilité de son association tentaculaire: « *Aides est vitale. La précarité et la vulnérabilité sociale s'expriment de plus en plus fortement...* » (Libération, 25.10.1999). Éric Dagher d'Act Up Paris revendique sa gestion de « *27 dossiers brûlants concernant Étrangers* » (sic). Dominique Gillot, Secrétaire d'État à la Santé, encourage les associations classiques à « per-

mettre le transfert des savoir-faire acquis contre l'épidémie vers d'autres domaines... soutenu par des crédits... contre l'exclusion et non plus seulement par des crédits SIDA ».

Message reçu: la misère croissante des malades est le dernier marché juteux pour les associations classiques, il y aura des « dossiers brûlants » pour tout le monde.

Il faut dénoncer les vrais responsables: les décideurs économiques qui organisent la pauvreté, les politiques qui se dédouanent de leur responsabilité de garantir l'accès aux soins et l'égalité des droits face à la maladie.

Migrants contre le sida appelle ces associations à refuser toute collaboration à cette gestion de la misère, toute « solution » qui consiste à faire une exception ou à réserver certains « privilèges » aux séropositifs: des consultations précarité aux autorisations de séjour « pour soins », ainsi se creusent les inégalités entre les malades. L'hôpital doit soigner tout le monde, seul l'arrêt de toutes les expulsions mettra fin aux expulsions de malades.

Vingt ans d'attente: nous avons perdu notre patience

Nous avons attendu vingt ans pour que les institutions reconnaissent timidement que, oui, les immigrés payent un lourd tribut à l'épidémie. Quand ce ne sont pas des conclusions ouvertement racistes, c'est (comme avec le rapport Delfraissy) pour se limiter à ce constat, sans oser formuler la moindre proposition. Des rares études faites, la plupart sont bien loin de répondre aux questions qui comptent pour les séropositifs immigrés, d'autres ont été enterrées par leurs financeurs. Les « équipes de recherche » ont un choix à faire: vont-elles s'intéresser aux conditions de vie des malades issus de l'immigration pour renforcer les thèses ouvertement racistes de la santé publique officielle, ou parce qu'aujourd'hui il y aurait des budgets à gratter?

Aujourd'hui, certains s'étonnent de notre colère, s'émeuvent de notre prétendue agressivité. C'est vrai, nous avons perdu notre patience: pendant que les chercheurs s'interrogent et les associations classiques grattent des budgets, la plupart des malades qui meurent encore du sida sont des immigrés. Il faut rappeler que l'inégalité face à la maladie, c'est la mort.

Rejoignez-nous: rencontre mardi 10 octobre 2000 à 18h.

129, av. du Président Wilson · 93120 St-Denis · M° Pte de la Chapelle ou RER B Stade de France.

Les limites de l'épidémiologie officielle

Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France. Alexia SAVIGNONI, Florence LOT, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE. Institut de veille sanitaire, avril 1999.

L'objectif du rapport de l'Institut de veille sanitaire est de « décrire les éventuelles spécificités existant chez les sujets de nationalité étrangère atteints du Sida, et plus particulièrement celles concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques au cours du temps (sexe, âge, mode de contamination, région de domicile, catégorie socioprofessionnelle, pathologies) ainsi que leur accès au dépistage et leur prise en charge thérapeutique. » D'emblée, il s'agit de « spécificités » et non pas d'inégalités. Selon l'IVS, le « manque de données » et la « crainte d'une utilisation détournée » expliquerait le peu d'études sur le sujet.

Pendant plusieurs années, le prétexte de la stigmatisation a servi l'immobilisme des pouvoirs publics et des associations classiques de lutte contre le sida. L'IVS (ex-RNSP) a, à plusieurs reprises, précisé que la croissance de l'épidémie chez les hétérosexuels était liée à la sur-représentation des personnes africaines ou d'origine au sein de cette catégorie épidémiologique. Cette précision, dont le but semble avoir été de rassurer la population « générale » (c'est-à-dire les Français hétérosexuels), ne s'est pas heurtée à ce souci de ne pas stigmatiser.

Migrants contre le sida demande à l'Institut de veille sanitaire d'inscrire le suivi épidémiologique de l'épidémie au sein des populations immigrées en tant qu'axe prioritaire de ses recherches.

Les données sont celles de la surveillance du Sida (déclarations obligatoires centralisées au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire) chez les adultes de nationalité étrangère domiciliés en France et diagnostiqués entre 1978 et le 30 juin 1998. Les différentes nationalités sont regroupées selon 8 zones géographiques : l'Afrique du Nord, l'Afrique sub-saharienne, Haïti, le reste du continent américain, l'Asie, l'Europe (hors France), l'Océanie et l'ex-URSS.

Migrants contre le sida rappelle que les données basées sur la nationalité ne prennent pas en compte la part importante des populations d'origine maghrébines et africaines qui sont citoyens français.

Au 30 juin 1998, 14 % des cas de Sida déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des sujets de nationalité étrangère domiciliés en France (6571/46973), proportion en augmentation depuis juin 1996. La part des sujets de nationalité étrangère est passée de 15 % au premier semestre 1996 à 20 % au premier semestre 1998.

Entre le premier semestre 1996 et le premier de 1998, le nombre de nouveaux cas de

Sida a diminué de 44 % chez les sujets de nationalité étrangère contre 61 % chez les Français.

Les sujets de nationalité étrangère vivant en France sont globalement 2 fois plus touchés par le Sida que les sujets de nationalité française, mais le poids de l'épidémie varie beaucoup selon les nationalités.

Les femmes étrangères, toutes nationalités confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises. 25 % des personnes étrangères adultes atteintes de Sida depuis le début de l'épidémie sont de sexe féminin (contre 16 % des sujets de nationalité française).

Migrants contre le sida exige la reconnaissance d'une véritable urgence de santé publique et une nouvelle mobilisation des associations classiques et des pouvoirs publics en direction des publics immigrés, aussi bien en terme de prévention que de soutien aux malades immigrés ou issus de l'immigration. Force est de constater que les associations classiques de lutte contre le sida, confrontées à la démobilitation de leurs troupes et préoccupées par leurs crises internes, envisagent difficilement de s'investir dans cette nouvelle lutte contre le sida. Migrants contre le sida appelle les associations classiques de lutte contre le sida à revenir à leur mission originelle, à se transformer

afin de s'investir de manière efficace sur le front du sida aujourd'hui.

Le mode de contamination des sujets de "nationalité" nord-africaine est surtout lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse (45 % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie), mais la proportion de cas dûs à ce mode de contamination tend à diminuer au cours du temps. La contamination par des rapports homosexuels concerne 14 % d'entre eux, mais le mode de contamination reste inconnu dans 14 % des cas.

Chez les sujets d'Afrique sub-saharienne et haïtiens, la transmission hétérosexuelle est majoritaire (respectivement 89 % et 92 % des cas cumulés).

Derrière un discours intégrationniste de façade, les pouvoirs publics ont mis en place un système ne reconnaissant, paradoxalement, que des entités ethniques ou culturelles. Ce système met en concurrence les associations issues de l'immigration pour des subventions dérisoires aussi bien par rapport à l'ensemble du budget consacrée à la lutte contre le sida qu'au regard des moyens nécessaires afin d'obtenir l'égalité dans les programmes de prévention ciblée et un soutien réel aux malades immigrés ou issus de l'immigration.

Les étrangers atteints de Sida sont de façon plus fré-

quente que les Français sans emploi (35 % versus 20 %) ou ouvriers (22 % versus 13 %). A l'opposé, les proportions d'artisans, de cadres, de professions intermédiaires et d'employés sont moindres chez les étrangers.

Parmi les sujets diagnostiqués entre le 1er janvier 1994 et le 30 juin 1998, 42 % des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du Sida contre 22 % des sujets de nationalité française. Parmi ceux connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic du Sida, on constate aussi une différence quant à la prise d'un traitement antirétroviral : 65 % des étrangers versus 53 % des Français n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de Sida.

Les femmes étrangères sont dépistées plus tôt, du fait du dépistage systématique (souvent à l'insu ou sans une information adéquate) pratiqué sur les femmes enceintes.

Migrants contre le sida demande la mise en place d'une campagne nationale de prévention s'adressant directement aux publics immigrés ou issus de l'immigration.

Migrants contre le sida exige la fin du dépistage à l'insu des femmes enceintes maghrébines et africaines, et la sanction de tout médecin le pratiquant.

Même si l'analyse ne concerne que les sujets étrangers et non l'ensemble de la population immigrée, et si les données sont celles du Sida et non de l'infection à VIH, ce rapport permet de mettre en évidence des caractéristiques particulières pour les étrangers atteints de Sida, et

notamment leur moindre recours à un dépistage et à une prise en charge de la séropositivité. Néanmoins, la prise en charge de l'infection au stade du Sida semble similaire à celle des sujets français.

Migrants contre le sida conteste la conclusion du rapport de l'IVS selon lequel la prise en charge de l'infection au stade du Sida semble « similaire » à celle des sujets français. Cette conclusion ne correspond absolument pas à notre constat des galères des malades issus de l'immigration pour obtenir l'accès aux traitements (refus d'aide médicale, réticences racistes des médecins, etc.) et pour obtenir des conditions de vie qui permettent de suivre correctement un traitement.

Migrants contre le sida disqualifie l'Institut de veille sanitaire de se prononcer, comme elle le fait dans ce rapport, sur les causes de la vulnérabilité des immigrés. Par exemple, le rapport réduit le lourd tribut payé par les jeunes issus de l'immigration au sida à un problème culturel : « *Ces problèmes pourraient être le fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration* ». Trois causes de la grande vulnérabilité des immigrés à l'infection au VIH sont souvent citées : la séro-épidémiologie des pays d'origine, la culture « traditionnelle » ou les tabous de cette culture des immigrés, ou encore la « précarité » à laquelle sont confrontées les populations issues de l'immigration.

Pour Migrants contre le sida, la cause principale de la vulnérabilité des immi-

grés à l'infection au VIH n'est ni la culture, ni la précarité. Force est de constater que lorsqu'il s'agit de pays fortement touchés par le VIH, le lien avec les pays d'origine est avancé a priori, sans qu'aucune étude sérieuse ne soit jugée nécessaire pour étayer une telle affirmation.

La culture d'une personne n'est pas un frein à la prévention, mais doit constituer un point d'appui et de ressourcement pour la prévention et la solidarité avec les malades.

Migrants contre le sida dénonce la dérive culturaliste qui réduit les cultures en mouvement des immigrés à une conception figée d'une culture arriérée ou « traditionnelle » (en opposition à une culture française de facto jugée moderne, éclairée, etc.).

En revanche, nous luttons contre toutes les formes de conservatisme social qui existent indépendamment de la religion ou de la culture, car elles bloquent le dialogue et l'ouverture aux questions, certes compliquées, liant sida et sexualité.

Migrants contre le sida considère que la véritable cause de la vulnérabilité des immigrés aux VIH se trouve dans le système de soins français et, la politique de santé publique qui est, aujourd'hui comme hier (avant l'arrivée du sida), fondée sur l'inégalité. Elle repose en effet sur une discrimination notoire quant à l'accès à l'information et l'accès aux soins, écartant de fait les pauvres, les immigrés et les sans papiers. Dans le même sens, depuis les Lois Pasqua de 1993, l'accès à la sécurité sociale (et donc à l'assurance maladie) est irrémédiablement refusé aux étrangers (dits) en situation irrégulière. Et, malgré le développement d'un système parallèle d'aide médicale

qui, en principe, permet l'accès de tous aux soins, la pratique hospitalière continue d'exclure de nombreux malades, surtout immigrés.

Le projet de Couverture Maladie Universelle va aggraver les inégalités en conservant une forme résiduelle et discriminatoire d'Aide médicale Etat uniquement pour les sans papiers.

Nous savons que ces chiffres s'aggraveront, à cause du silence, de l'immobilisme, et du manque de courage politique des instances de santé publique et de certaines associations de lutte contre le sida, alors même que nous avons besoin de leur contribution dans la lutte en faveur de l'égalité dans les programmes de prévention ciblée et pour un soutien réel aux malades immigrés ou issus de l'immigration.

Nous ne nous bornerons pas à compter nos morts et nos malades. Migrants contre le sida refuse l'instauration d'un débat stérile sur la communication ou non-communication des chiffres. Au contraire, il est urgent de convertir nos constats épidémiologiques en pression politique contre l'immobilisme des pouvoirs publics et contre le manque de courage politique des associations classiques de lutte contre le sida.

Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France

Alexia SAVIGNONI, Florence LOT, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE



Citation suggérée :

Institut de Veille Sanitaire. Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France, Saint-Maurice, France, avril 1999 ; 16 pages.

Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France

Alexia SAVIGNONI, Florence LOT, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE

Avril 1999

Introduction

L'épidémie de Sida chez les sujets de nationalité étrangère domiciliés en France a été peu étudiée; non par manque d'intérêt envers cette population, mais en partie par manque de données et par crainte d'une utilisation détournée des informations qui en résulteraient [1]. Le Réseau National de Santé Publique (Institut de Veille Sanitaire depuis le 9 mars 1999) a publié plusieurs analyses ponctuelles, la première en 1995 [2], puis en 1996 à l'occasion d'une rencontre du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) d'Ile-de-France sur les migrants [3]. Le Réseau National de Santé Publique (RNSP) répond également aux demandes spécifiques de données de la part d'associations de lutte contre le Sida travaillant en milieu migrant.

Ce rapport est l'occasion d'une analyse plus détaillée de la situation des cas de Sida chez les étrangers en France.

L'objectif de l'étude est de montrer les éventuelles spécificités existant, chez les sujets de nationalité étrangère atteints du Sida, en ce qui concerne leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques, leur accès au dépistage et leur prise en charge thérapeutique.

Méthodes

Les données sont celles de la surveillance du Sida (déclarations obligatoires centralisées au niveau national par le RNSP) chez les adultes (âge ≥ 15 ans) de nationalité étrangère domiciliés en France et diagnostiqués depuis 1978 jusqu'au 30 juin 1998. Dans la fiche de déclaration d'un cas de Sida, figure la nationalité du patient et non son pays de naissance. Les patients immigrés ayant acquis la nationalité française ne font donc pas partie de la population de l'étude, qui par conséquent ne concerne que la population étrangère.

Les différentes nationalités ont été regroupées en 8 zones géographiques : l'Afrique du nord¹, l'Afrique subsaharienne, Haïti, le continent américain hors Haïti, l'Asie, l'Europe (hors France), l'Océanie et l'ex-URSS.

Pour évaluer le taux de personnes atteintes du Sida au sein des nationalités étrangères les plus représentées en France, les données de l'INSEE sur le recensement de la population de 1990 ont été utilisées [4] ; les données publiées par l'INSEE ne concernant que les étrangers vivant en France métropolitaine, les personnes étrangères atteintes du Sida domiciliées dans les départements d'outre-mer ont été exclues du numérateur pour le calcul des taux d'incidence cumulés. Ces taux d'incidence ont été calculés en standardisant sur l'âge, afin d'éliminer les effets des différences de structure par âge des populations (méthode directe en prenant comme population de référence la population française de 15 ans et plus).

Le nombre de cas diagnostiqués chaque semestre depuis juin 1996 étant provisoire, en raison des délais de notification de la maladie au RNSP, il a été redressé pour réaliser les analyses de tendance. Il en est de même pour les décès.

La fiche de déclaration d'un cas de Sida permet de connaître l'infection opportuniste qui définit l'entrée dans la phase Sida du patient. Les informations sur la connaissance de la séropositivité à l'entrée dans le stade Sida de la maladie et sur la prise éventuelle d'un traitement antirétroviral pré-Sida ne sont disponibles que depuis janvier 1994.

L'analyse statistique repose sur le test du Chi-2 pour les comparaisons de pourcentage, le Chi-2 de tendance pour les analyses de tendance et l'analyse de variance pour les comparaisons de moyennes.

Résultats

Données générales

Au 30 juin 1998, 46 973 cas de Sida (soit 47 514 après redressement pour les délais de notification) ont été déclarés chez des adultes depuis le début de l'épidémie en France, toutes nationalités confondues. Parmi ces cas, 14 % (6 571 cas déclarés et 6 696 cas après redressement) concernent des sujets de nationalité étrangère domiciliés en France, alors que la population étrangère de plus de 15 ans vivant en France représentait en 1990, selon l'INSEE, 6 % de la population adulte en France métropolitaine.

¹ L'Afrique du Nord inclut les sujets de nationalité algérienne, marocaine, tunisienne, égyptienne et libyenne.

Parmi les étrangers atteints de Sida, 2 068 sujets ont pour nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne, 1 543 celle d'un pays d'Afrique du nord, 1 298 celle d'un pays européen, 809 sont des Haïtiens, 559 sujets ont pour nationalité celle d'un pays du continent américain (hors Haïti), 278 celle d'un pays d'Asie, 11 celle d'un pays d'Océanie et 5 celle d'un pays de l'ex-Union soviétique (tab. 1).

La majorité des Africains du sud du Sahara sont de nationalité de la République démocratique du Congo, malienne, congolaise, ivoirienne ou sénégalaise ; du continent américain, on retrouve surtout des sujets des Etats-Unis, des Brésiliens, des Argentins ou des Colombiens ; l'Asie est principalement représentée par la Turquie, le Liban, le Laos, le Cambodge et le Vietnam ; les étrangers européens sont principalement de nationalité portugaise, espagnole, italienne, allemande, britannique ou yougoslave.

Données évolutives

Depuis le début de l'épidémie jusqu'en juin 1996, le nombre de nouveaux cas de Sida diagnostiqués chaque semestre évolue de façon similaire chez les personnes de nationalité étrangère et chez les français, la proportion d'étrangers au sein de l'ensemble des nouveaux cas de Sida restant stable (fig. 1 et 2).

Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année selon la nationalité (français versus étrangers). Données redressées au 30 juin 1998 - Source RNSP

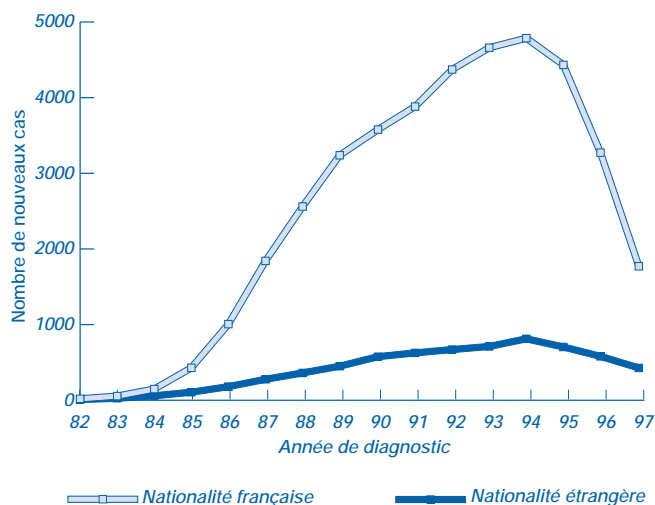
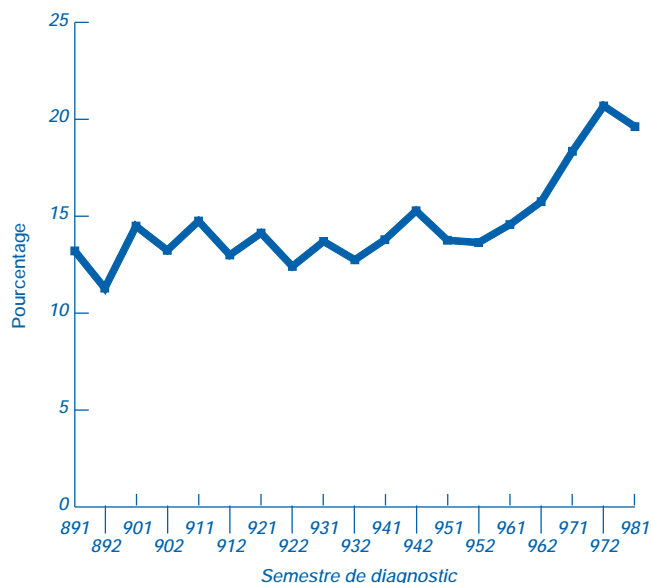


Figure 2 : Evolution de la part des sujets de nationalité étrangère parmi les nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque semestre depuis janvier 1989. Données redressées au 30 juin 1998 - Source RNSP



A partir du second semestre de 1996, une décroissance du nombre de nouveaux cas de Sida est observée de façon moins marquée au sein de la population étrangère : entre le premier semestre 1996 et le premier de 1998, le nombre de nouveaux cas de Sida a diminué de 44 % chez les sujets de nationalité étrangère contre 61 % chez les français (tab. 2).

Tableau 2 : Evolution du nombre de nouveaux cas de Sida par semestre de diagnostic et évolution du nombre de décès Sida par semestre de décès chez les sujets de nationalité française et ceux de nationalité étrangère depuis 1994. Données redressées au 30/06/98 - Source RNSP

	Sujets de nationalité française		Sujets de nationalité étrangère	
	Nombre de cas	Nombre de décès	Nombre de cas	Nombre de décès
1994 / 1	2 507	1820	401	197
1994 / 2	2 279	1812	411	230
1995 / 1	2 312	1734	369	197
1995 / 2	2 121	1684	335	207
1996 / 1	1 952	1478	333	174
1996 / 2	1 321	1003	247	125
1997 / 1	970	533	218	83
1997 / 2	801	408	209	54
1998 / 1	765	306	186	30

Tableau 1 : Répartition des cas de Sida cumulés depuis le début de l'épidémie par "nationalité" et taux rapportés à la population étrangère vivant en France (taux standardisés sur l'âge)
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Nombre cumulé de cas de Sida	Taux d'incidence cumulée (pour 1 000)
Afrique sub-saharienne	2 068	11,5
République démocratique du Congo	682	43,8
Mali	210	7,9
Congo	196	39,1
Côte d'Ivoire	175	15,7
Sénégal	162	6,4
Autres	643	-
Afrique du Nord	1 543	1,4
Algérie	964	1,8
Maroc	390	1,1
Tunisie	178	1,1
Autres	11	-
Europe	1 298	0,97
Portugal	318	0,87
Espagne	311	1,90
Italie	267	1,70
Allemagne	83	*
Royaume Uni	75	*
Yougoslavie	63	*
Autres	181	-
Haïti	809	29,0
Amérique	559	7,2
U.S.A.	154	6,2
Brésil	114	15,1
Argentine	51	13,0
Colombie	41	7,7
Autres	199	-
Asie	278	0,87
Turquie	33	*
Liban	33	*
Laos	32	*
Cambodge	25	*
Vietnam	24	*
Autres	131	-
Autres	16	-
Total des étrangers	6 571	1,8
France (nationalité française)	40 335	0,85
Nationalité inconnue	67	-

* Les taux standardisés sur l'âge n'ont pas été calculés lorsque les effectifs étaient trop faibles

On constate donc, depuis mi-96, une augmentation de la proportion d'étrangers parmi l'ensemble des nouveaux cas de Sida diagnostiqués chaque semestre : la part des sujets de nationalité étrangère est passée de 15 % au premier semestre 1996 à 20 % au premier semestre 1998.

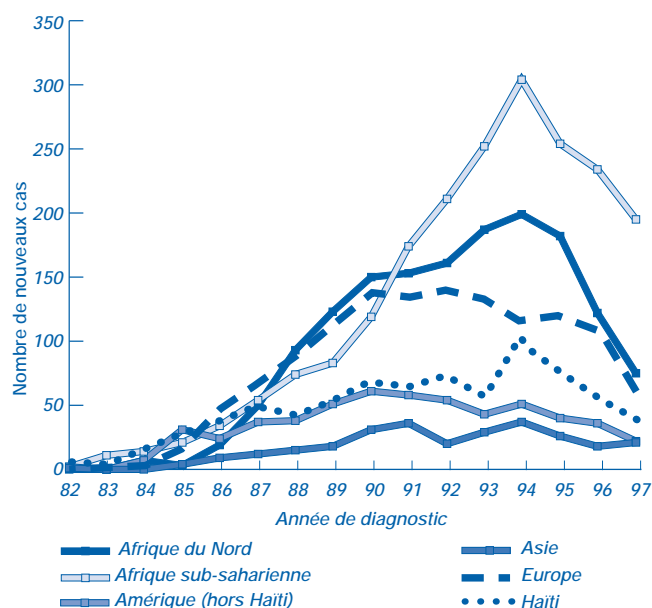
Le nombre de nouveaux cas de Sida augmente dans chaque "nationalité"², jusqu'en 1990 (tab. 3 et fig. 3). Entre 1990 et 1994, le nombre de nouveaux cas continue d'augmenter fortement chez les sujets de "nationalité" sub-saharienne et de façon moindre chez les Nord-Africains, alors que dans les autres "nationalités", ce nombre a tendance à se stabiliser. Après 1994, le nombre de nouveaux cas diminue pour toutes les "nationalités", mais de façon différentielle selon chacune. La diminution du nombre de nouveaux cas de Sida entre le premier semestre 1996 et le premier de 1998 est de -32 % pour les sujets d'Afrique sub-saharienne, de -42 % pour ceux d'Afrique du nord, de -56 % pour ceux d'Asie, de -59 % pour les Haïtiens et de -70 % pour les Européens.

Tableau 3 : Nombre de nouveaux cas de Sida chez les sujets de nationalité étrangère par année de diagnostic et par "nationalité"
Données redressées au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne	Afrique du Nord	Europe	Haïti	Amérique (hors Haïti)	Asie
avant 1982	4	0	1	7	2	1
1983	11	0	5	7	0	0
1984	14	7	4	19	7	0
1985	21	3	18	28	31	4
1986	34	19	50	41	24	9
1987	54	50	64	51	37	12
1988	74	93	89	46	38	15
1989	83	123	111	54	51	18
1990	119	150	138	71	61	31
1991	174	153	134	66	58	36
1992	211	161	141	76	54	20
1993	252	187	133	60	43	29
1994	304	199	116	102	51	37
1995	254	182	120	78	40	26
1996	234	122	108	57	36	18
1997	195	75	64	42	22	21
1er sem. 1998	85	43	21	13	19	4

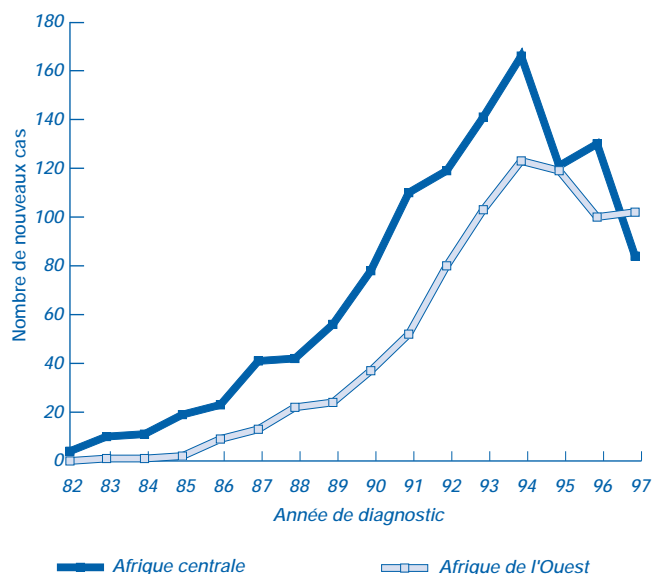
² On comprendra par "nationalité", écrit entre des guillemets, celle d'une des grandes zones géographiques définies dans la méthode.

Figure 3 : Evolution du nombre de nouveaux cas de sida chez les sujets de nationalité étrangère par année de diagnostic et par nationalité.
Données redressées au 30 juin 1998 - Source RNSP



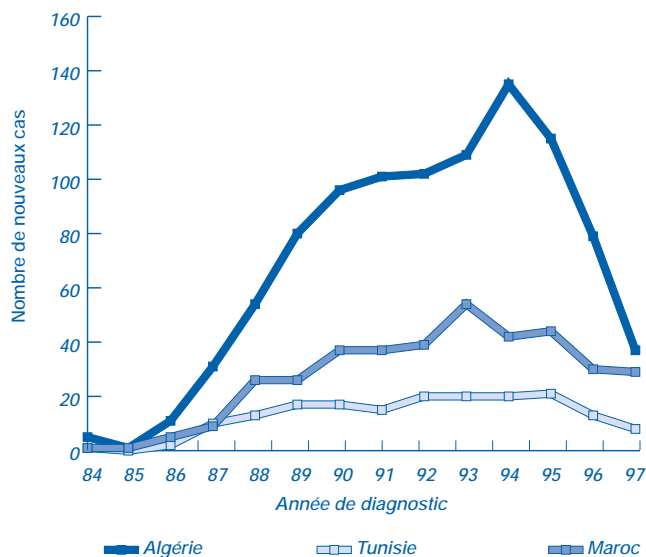
Parmi les cas de Sida diagnostiqués chez des personnes d'Afrique sub-saharienne, le nombre de nouveaux cas augmente de façon parallèle jusqu'en 1994 chez ceux d'Afrique centrale et chez ceux d'Afrique de l'Ouest. Depuis cette date, on observe une diminution forte du nombre de nouveaux cas chez les sujets d'Afrique centrale et une diminution plus modérée chez ceux d'Afrique de l'Ouest (fig. 4a).

Figure 4a : Evolution du nombre de nouveaux cas de sida chez les sujets dont la nationalité est celle d'un pays d'Afrique de l'Ouest ou d'Afrique Centrale par année de diagnostic.
Données redressées au 30 juin 1998 - Source RNSP



Parmi les cas de Sida diagnostiqués chez des Nord-Africains, le nombre de nouveaux cas a augmenté de façon importante chez les sujets algériens jusqu'en 1994, puis a diminué brutalement depuis cette date. Le nombre de nouveaux cas chez les Marocains et les Tunisiens est resté relativement plus stable et à un niveau plus faible (fig. 4b).

figure 4b : Evolution du nombre de nouveaux cas de sida chez les sujets nord-africains par nationalité et par année de diagnostic
Données au 30 juin 1998 - Source RNSP.



Entre le premier semestre de 1996 et le premier de 1998, le pourcentage de diminution du nombre de décès par Sida chez les étrangers (-83 %) est similaire à celui observé chez les sujets de nationalité française (-79 %) (tab. 2). La diminution des décès chez les étrangers est retrouvée à un niveau comparable pour chaque "nationalité".

Comme chez les sujets de nationalité française, la diminution des décès est plus importante que la diminution du nombre de nouveaux cas de Sida. C'est pourquoi, le nombre de personnes étrangères vivantes ayant développé un Sida continue d'augmenter, et ce quelle que soit la "nationalité" considérée (tab. 4).

Taux d'incidence cumulée

Les taux de cas de Sida depuis le début de l'épidémie chez les sujets étrangers rapportés à la population étrangère vivant en France métropolitaine, standardisés sur l'âge, montrent que les Haïtiens, ont un taux d'incidence

Tableau 4 : Nombre total de personnes de nationalité étrangère ayant développé un Sida, vivantes au 30 juin de chaque année, par "nationalité"
Données redressées au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne	Afrique du Nord	Europe	Haïti	Amérique (hors Haïti)	Asie
1987	110	53	106	125	77	20
1988	124	101	141	98	95	23
1989	186	200	216	131	115	34
1990	258	292	307	161	155	52
1991	378	385	390	207	174	78
1992	535	453	458	249	193	92
1993	684	514	492	280	198	98
1994	869	575	536	311	215	96
1995	1 055	665	566	379	221	101
1996	1 192	697	617	392	225	106
1997	1 277	683	612	397	222	118
1998	1 386	703	637	409	242	117

cumulée de 29,0 pour 1000 (tab. 1). En ce qui concerne les sujets de "nationalité" d'Afrique sub-saharienne (taux d'incidence cumulée de 11,5/1000), on observe de fortes variations selon les pays : de 6,4 pour le Sénégal à 43,8 pour la République démocratique du Congo. Le taux d'incidence cumulée pour les sujets d'Amérique (hors Haïti) est de 7,2/1000. Les autres "nationalités" ont des taux d'incidence cumulée relativement proches : Afrique du nord (1,4 pour 1000), Europe (0,97 pour 1000), Asie (0,87 pour 1000) et France (0,85 pour 1000).

Région de domicile

La répartition des cas de Sida déclarés depuis le début de l'épidémie chez les sujets de nationalité étrangère, selon la région de domicile, est la suivante : 66 % en région Ile-de-France, 10 % dans les départements d'outre-mer (DOM), 5 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), 4 % en Rhône-Alpes et 3 % en région Midi-Pyrénées (tab.5). Cette répartition est très différente de celle des cas de Sida français, qui se retrouvent dans 4 % en Ile-de-France, 15 % en PACA, 6 % en Rhône-Alpes, 5 % en Aquitaine, 4 % en Languedoc-Roussillon et en Midi-Pyrénées et 3 % dans les DOM.

Tableau 5 : Répartition des cas de Sida cumulés depuis le début de l'épidémie par région de domicile et "nationalité"
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne		Afrique du Nord		Europe		Haïti		Amérique (hors Haïti)		Asie		Total étrangers		France	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%	N**	%
Alsace	10	0,5	10	0,6	12	0,9	0	0,0	3	0,5	3	1,1	38	0,6	468	1,2
Aquitaine	23	1,1	21	1,4	57	4,4	1	0,1	5	0,9	5	1,8	112	1,7	2 128	5,3
Auvergne	7	0,3	5	0,3	14	1,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	27	0,4	381	0,9
Bourgogne	15	0,7	19	1,2	9	0,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	44	0,7	449	1,1
Bretagne	15	0,7	7	0,5	5	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,4	29	0,4	833	2,1
Centre	54	2,6	7	0,5	16	1,2	0	0,0	1	0,2	1	0,4	79	1,2	718	1,8
Champagne-Ardenne	5	0,2	6	0,4	6	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	18	0,3	375	0,9
Corse	0	0,0	2	0,1	5	0,4	0	0,0	0	0,2	0	0,0	7	0,1	215	0,5
Franche-Comté	3	0,1	6	0,4	7	0,5	0	0,0	1	0,2	3	1,1	20	0,3	246	0,6
Ile-de-France	1 558	75,5	1 145	74,3	701	54,1	288	35,6	364	65,1	231	83,1	4 287	65,5	17 687	43,9
Languedoc-Roussillon	21	1,0	24	1,6	43	3,3	1	0,1	3	0,5	4	1,4	96	1,5	1 491	3,7
Limousin	10	0,5	0	0,0	3	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	14	0,2	264	0,7
Lorraine	11	0,5	14	0,9	11	0,8	0	0,0	3	0,5	1	0,4	40	0,6	531	1,3
Midi-Pyrénées	29	1,4	11	0,7	137	10,6	0	0,0	9	1,6	2	0,7	188	2,9	1 403	3,5
Nord-Pas-de-Calais	40	1,9	10	0,6	4	0,3	0	0,0	3	0,5	1	0,4	58	0,9	702	1,7
Basse-Normandie	8	0,4	4	0,3	44	3,4	0	0,0	3	0,5	0	0,0	59	0,9	423	1,0
Haute-Normandie	57	2,8	10	0,6	8	0,6	1	0,1	2	0,4	2	0,7	80	1,2	527	1,3
Pays de la Loire	30	1,5	8	0,5	8	0,6	1	0,1	4	0,7	2	0,7	53	0,8	937	2,3
Picardie	35	1,7	5	0,3	7	0,5	1	0,1	1	0,2	2	0,7	51	0,8	432	1,1
Poitou-Charentes	9	0,4	4	0,3	9	0,7	1	0,1	1	0,2	4	1,4	28	0,4	583	1,4
P.A.C.A.	46	2,2	158	10,2	99	7,6	3	0,4	26	4,7	8	2,9	340	5,2	5 865	14,5
Rhône-Alpes	71	3,4	66	4,3	80	6,2	0	0,0	18	3,2	7	2,5	242	3,7	2 293	5,7
France Outre-Mer	6	0,3	0	0,0	11	0,8	510	63,0	105	18,8	1	0,4	633	9,7	1 368	3,4
TOTAL	2 063	100	1 542	100	1 296	100	807	100	557	100	278	100	6 543	100	40 319	100

* la région de domicile est inconnue pour 12 cas

** la région de domicile est inconnue pour 16 cas

Cette répartition varie selon la "nationalité". Les cas de Sida chez les sujets nord-africains se retrouvent essentiellement en Ile-de-France (pour 74 % d'entre eux), mais aussi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (10 %) et en région Rhône-Alpes (4,%) ; ceux d'Afrique sub-saharienne sont principalement en Ile-de-France (76 %) ; ceux dont la nationalité est celle d'un pays du continent américain sont en Ile-de-France (65 %) et en région Outre-Mer (19 %) ; la région de domicile des cas haïtiens depuis le début de l'épidémie est principalement la France outre-mer (63 %), mais aussi l'Ile-de-France (36 %) ; les cas de Sida chez les asiatiques concernent principalement des sujets domi-

ciliés en Ile-de-France (83 %), et les cas européens se répartissent entre la région Ile-de-France (54 %), la région Midi-Pyrénées (11, %), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (8 %) et la région Rhône-Alpes (6 %) (tab. 5).

Le nombre de personnes étrangères ayant développé un Sida et vivantes au 30 juin 1998 est indiqué par région de domicile et "nationalité" dans le tableau 6.

Caractéristiques par sexe et par âge

25 % des personnes étrangères adultes atteintes de Sida depuis le début de l'épidémie sont de sexe féminin

Tableau 6 : Répartition des cas de Sida vivants au 30 juin 1998 chez les étrangers par région de domicile et "nationalité"
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne	Afrique du Nord	Europe	Haïti	Amérique (hors Haïti)	Asie	Total étrangers
	N	N	N	N	N	N	N*
Alsace	5	8	7	0	0	1	21
Aquitaine	14	11	27	1	4	1	58
Auvergne	5	0	8	0	0	0	13
Bourgogne	8	6	6	0	1	0	21
Bretagne	12	4	3	0	1	0	20
Centre	35	4	10	0	1	0	50
Champagne-Ardenne	1	2	4	0	0	0	7
Corse	0	1	2	0	0	0	3
Franche-Comté	3	2	3	0	1	2	11
Ile-de-France	1 015	502	262	132	129	89	2 129
Languedoc-Roussillon	10	8	26	1	1	2	48
Limousin	9	0	1	0	1	0	11
Lorraine	6	5	3	0	2	1	17
Midi-Pyrénées	18	3	105	0	8	1	135
Nord-Pas-de-Calais	23	4	2	0	0	1	30
Basse-Normandie	3	1	25	0	0	0	29
Haute-Normandie	33	5	5	0	2	0	45
Pays de la Loire	12	1	1	0	2	0	16
Picardie	23	3	5	0	0	1	32
Poitou-Charentes	4	1	6	0	1	4	16
P.A.C.A.	24	65	41	0	11	4	145
Rhône-Alpes	35	30	40	0	10	4	119
France Outre-Mer	4	0	6	254	47	1	312
TOTAL	1 303	666	599	388	224	112	3 292

* la région de domicile est inconnue pour 9 cas

contre 16 % des sujets de nationalité française, alors que la proportion de femmes parmi la population étrangère de 15 ans et plus vivant en France (45 %) est un peu inférieure à celle dans la population générale française de plus de 15 ans (52 %).

Le pourcentage de femmes parmi les cas de Sida de nationalité étrangère augmente depuis le début de l'épidémie. Parmi les cas diagnostiqués en 1997, 30 % sont des femmes, contre 22 % en 1990. Les effectifs sont insuffisants pour mettre en évidence des tendances par sexe au sein de chaque "nationalité".

Depuis le début de l'épidémie de Sida, les femmes d'Afrique sub-saharienne ont été autant touchées par le Sida que les hommes (taux d'incidence cumulée standardisés sur l'âge de 11,7 et 11,2 pour 1000 respectivement) (tab. 7). Les femmes haïtiennes ont été environ 2 fois moins touchées que les hommes (18,5 versus 43,6 pour 1000). Les femmes d'Afrique du nord ont été environ 4 fois moins touchées que les hommes (0,55 versus 2,12 pour 1000), les femmes d'Europe ou de France 5 fois et les femmes d'Asie environ 10 fois. Les femmes d'Amérique ont été environ 20 fois moins touchées que les hommes.

Tableau 7 : Taux d'incidence cumulée du Sida pour 1000 (standardisé sur l'âge) par "nationalité" et sexe
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Hommes	Femmes
Afrique sub-saharienne	11,2	11,70
Afrique du nord	2,1	0,55
Europe	1,6	0,30
Haïti	43,6	18,50
Amérique (hors Haïti)	14,8	0,76
Asie	1,5	0,15
Total étrangers	2,6	0,91
France	1,5	0,26

L'âge moyen au diagnostic de Sida (tab. 8) est comparable pour les sujets ayant comme nationalité celle d'un pays d'Afrique du nord, d'un pays européen, d'un pays américain hors Haïti ou de nationalité française (autour de 37,5 ans), alors que les Haïtiens et ceux ayant comme nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne sont plus jeunes (respectivement 36,6 et 34,5 ans). On observe une augmentation de l'âge moyen au cours du temps, quelle que soit la "nationalité".

Tableau 8 : Moyenne d'âge au diagnostic du sida pour les cas cumulés depuis le début de l'épidémie par sexe et par "nationalité".
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne	Afrique du Nord	Europe	Haïti	Amérique	Asie	France
Femmes	32,1	34,3	36,2	35,6	36,3	36,8	36,6
Hommes	36,1	37,9	37,4	37,2	37,1	37,4	37,8
Total	34,5	37,3	37,2	36,6	37,0	37,4	37,6

Comme chez les sujets de nationalité française, la moyenne d'âge au diagnostic de Sida des femmes de nationalité étrangère est inférieure à celle des hommes.

Les taux d'incidence cumulée du Sida par "nationalité" et par âge montrent que chez les sujets d'Afrique sub-saharienne, le taux d'incidence le plus bas est retrouvé chez les 15-24 ans (3,6 pour 1000) et qu'il est similaire dans les 3 tranches d'âge suivantes : 25-34 ans, 35-54 ans et 55 ans et plus (autour de 13 pour 1000). Pour les Nord-Africains, c'est dans la tranche d'âge 25-34 ans que le taux d'incidence cumulée est le plus élevé (3,3 pour 1000).

Chez les Haïtiens, et de même pour les sujets d'Amérique, c'est chez les 25-34 ans et les 35-54 ans que l'incidence cumulée est la plus forte (tab. 9).

Tableau 9 : Taux d'incidence cumulée des cas de Sida (pour 1000) par "nationalité" rapportés à la population vivant en France par classe d'âge
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	15 - 24	25 - 34	35 - 54	>=55
Afrique sub-saharienne	3,6	14,3	13,6	12,2
Afrique du nord	0,4	3,3	1,3	1,0
Europe	0,4	2,4	1,1	0,3
Haïti	7,8	44,8	43,2	17,6
Amérique (hors Haïti)	0,5	9,8	10,7	2,8
Asie	0,1	1,2	1,4	0,6
France	0,2	2,0	1,2	0,2

Les modes de contamination stratifiés sur le sexe

Depuis le début de l'épidémie, chez les sujets de nationalité étrangère atteints de Sida, le mode de contamination principal est la transmission hétérosexuelle (49 % des cas), puis la transmission homosexuelle (22 % des cas) et la toxicomanie (19 % des cas).

Le mode de contamination des sujets de "nationalité" nord-africaine est surtout l'usage de drogues par voie intraveineuse (45, % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie), mais la proportion de cas liés à ce mode de contamination tend à diminuer au cours du temps (51 % des cas diagnostiqués en 1990 et 31 % en 1997). La contamination par voie hétérosexuelle concerne 22 % des sujets nord-africains atteints de Sida, mais a tendance à augmenter au cours du temps (17 % des cas diagnostiqués en 1990 et 36 % en 1997). La contamination par des rapports homosexuels concerne 14 % d'entre eux, mais le mode de contamination reste inconnu dans 14 % des cas.

Chez les sujets d'Afrique sub-saharienne et les sujets haïtiens, la transmission hétérosexuelle est majoritaire (respectivement 89 % et 92 % des cas cumulés).

Pour les sujets ayant comme nationalité celle d'un pays du continent américain (hors Haïti), la transmission est

essentiellement sexuelle : hétérosexuelle pour 53 % des cas diagnostiqués en 1997 (contre 16 % en 1990) et homosexuelle pour 47 % des cas en 1997 (contre 74 % en 1990).

Le mode de contamination des sujets européens est le suivant : usage de drogues, homosexualité et hétérosexualité pour respectivement 33 %, 30 % et 19 % des cas diagnostiqués en 1997.

Sexe féminin (tableau 10a)

La contamination hétérosexuelle prédomine désormais chez les femmes de "nationalité" nord africaine (83% des cas diagnostiqués en 1997, alors que l'usage de drogues concerne 17 % des cas diagnostiqués en 1997).

Tableau 10a : Répartition des cas de Sida cumulés depuis le début de l'épidémie chez les femmes par mode de contamination et "nationalité"
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne N=773 %	Afrique du Nord N=256 %	Europe N=188 %	Haiti N=320 %	Amérique N=73 %	Asie N=21 %	France N=6603 %
Usage de drogues	1	37	49	0	4	5	42
Contacts hétérosexuels	95	43	36	97	80	66	41
Transfusion	2	12	9	2	4	24	11
Autre, inconnu	2	8	6	1	12	5	6

La contamination hétérosexuelle est également la plus fréquente chez les femmes de nationalité haïtienne ou ayant pour nationalité celle d'un pays d'Amérique ou d'un d'Afrique sub-saharienne (respectivement 100 %, 100 % et 97 % des cas diagnostiqués en 1997).

Sexe masculin (tableau 10b)

Le mode de contamination principal des hommes de "nationalité" nord africaine reste encore l'usage de drogues (35 % des cas de Sida diagnostiqués en 1997). La contamination hétérosexuelle concerne 26 % des cas diagnostiqués en 1997 et les rapports homosexuels 16% des cas. Pour 22 % des cas de Sida diagnostiqués chez des hommes en 1997, le mode de contamination est inconnu du médecin.

Tableau 10b : Répartition des cas de Sida cumulés depuis le début de l'épidémie chez les hommes par mode de contamination et "nationalité"
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne N=1295 %	Afrique du Nord N=1287 %	Europe N=1110 %	Haiti N=489 %	Amérique N=486 %	Asie N=257 %	France N=33732 %
Homo/bisexualité	6	17	48	5	80	60	59
Usage de drogues	2	46	32	0	3	9	22
Contacts hétérosexuels	86	18	8	90	11	14	9
Transfusion/hémophilie	1	4	5	1	3	4	5
Autre, inconnu	5	15	7	4	3	13	5

La transmission hétérosexuelle est toujours majoritaire chez les Haïtiens et les hommes d'Afrique sub-saharienne (respectivement 89% et 76 % des cas diagnostiqués en 1997).

Le mode de contamination des hommes ayant pour nationalité celle d'un pays du reste du continent américain reste encore l'homosexualité (60% des cas diagnostiqués en 1997), mais la transmission hétérosexuelle a tendance à augmenter au cours du temps (40 % des cas diagnostiqués en 1997).

Catégorie socio-professionnelle

Les étrangers atteints de Sida sont dans 35% sans emploi et ce pourcentage atteint 42% chez ceux de "nationalité" d'Afrique sub-saharienne et 39% chez les Nord-Africains. Comparativement, 20% des sujets de nationalité française atteints de Sida n'ont pas de travail (tab. 11 page 12).

Globalement, la proportion d'ouvriers est plus importante chez les étrangers que chez les Français (22 % versus 13 %), et la plus forte chez les Haïtiens (34 %). A l'opposé, les proportions d'artisans, de cadres, de professions intermédiaires et d'employés sont moindres chez les étrangers.

Tableau 11 : Répartition des cas de Sida cumulés depuis le début de l'épidémie par catégorie socio-professionnelle et par "nationalité"
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Afrique sub-saharienne N=2 068 %	Afrique du Nord N=1 543 %	Europe N=1 298 %	Haïti N=809 %	Amérique N=559 %	Asie N=278 %	Total étrangers N=6555 %	France N=40 335 %
Agriculteurs	0	0	1	2	1	0	0	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	4	6	4	6	8	5	9
Cadres	5	2	13	1	32	11	8	11
Professions intermédiaires	4	3	8	1	12	10	5	13
Employés	15	11	14	16	10	20	14	21
Ouvriers	20	27	19	34	8	15	22	13
Retraités	0	2	2	0	0	1	1	4
Sans activité professionnelle	42	39	31	32	21	25	35	20
Inconnu	10	12	6	10	10	10	10	8

La découverte de la séropositivité

Parmi les sujets diagnostiqués entre le 1er janvier 1994 et le 30 juin 1998, 42 % des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du Sida contre 22 % des sujets de nationalité française.

La méconnaissance de la séropositivité au moment du diagnostic de Sida varie selon les "nationalités". Sur la même période, chez 51 % des sujets d'Afrique sub-saharienne, la découverte de la séropositivité est concomitante à l'entrée dans la maladie Sida; il en est de même pour 50, % des sujets du continent asiatique, pour 46% des Haïtiens, pour 36 % des sujets américains (hors Haïti), 32 % des sujets nord-Africains et 29 % des Européens (tab. 12).

Tableau 12 : Répartition des cas de Sida diagnostiqués depuis 1994 par "nationalité" et selon la connaissance ou non de la séropositivité au moment de l'entrée dans le Sida. Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Non %	Oui %	Inconnu %	Total
Afrique-sub-saharienne	51	48	1	1 017
Afrique du Nord	32	67	1	597
Europe	29	71	0	410
Haïti	46	53	1	283
Amérique (hors Haïti)	36	63	1	153
Asie	50	49	1	103
Total étrangers	42	57	1	2 563
France	22	78	1	14 536

Parmi les cas de Sida diagnostiqués dans la population étrangère depuis 1994, 35 % des femmes ignorent leur séropositivité lors du diagnostic du Sida contre 44 % des hommes. Et quelle que soit la "nationalité", les hommes ignorent plus leur séropositivité que les femmes (fig. 5).

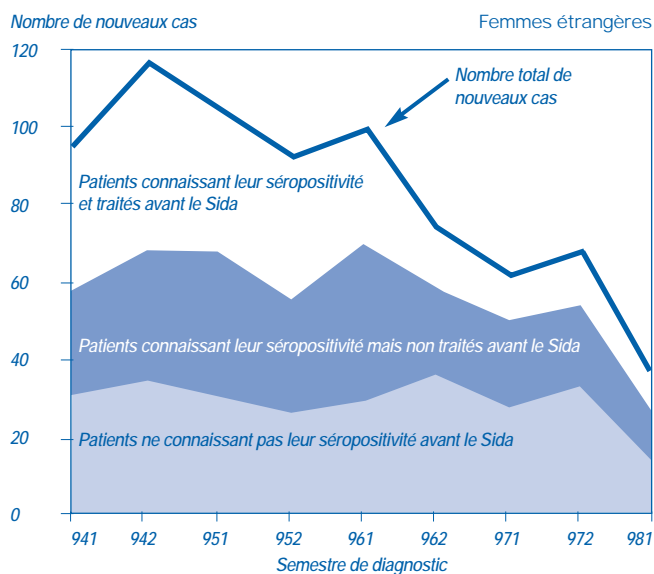
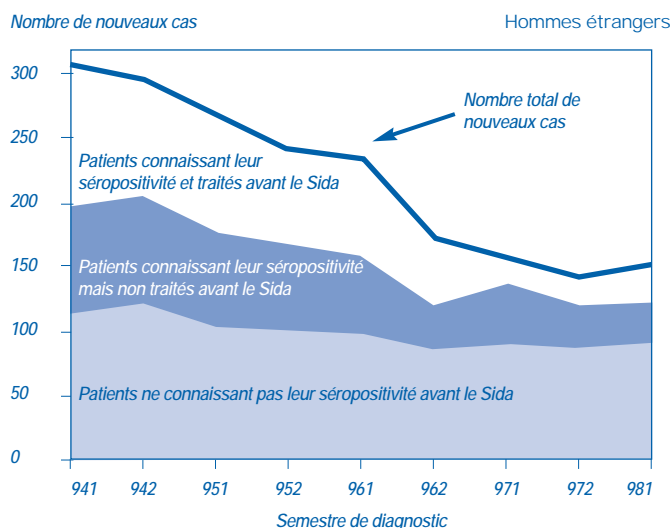
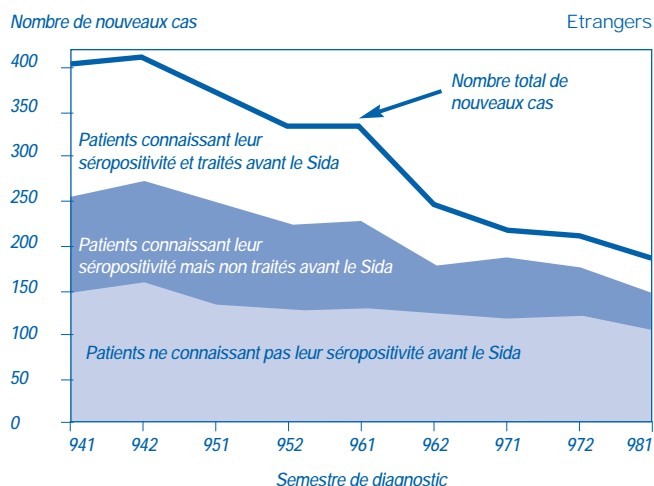
Les sujets étrangers contaminés par voie hétérosexuelle méconnaissent plus leur séropositivité que les homosexuels (49, % versus 30 %) et que les usagers de drogues par voie intraveineuse (16, %) (tab. 13), et ceci est vrai quelle que soit la " nationalité ".

Tableau 13 : Répartition des cas de Sida diagnostiqués chez des étrangers depuis 1994 par mode de contamination et selon la connaissance ou non de la séropositivité au moment de l'entrée dans le Sida
Données au 30/06/98 - Source RNSP

	Non %	Oui %	Inconnu %	Total
Homo/bisexualité	30	69	1	366
Usage de drogues IV	16	84	0	411
Contacts hétérosexuels	49	51	0	1 504
Transfusion/hémophilie	13	87	0	40
Inconnu	65	33	2	242
Total	42	57	1	2 563

De janvier 1994 à juin 1998, on observe une faible diminution du nombre de nouveaux cas de Sida chez des sujets étrangers méconnaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de la maladie (fig. 5). Pourtant, le pourcentage de sujets

Figure 5 : Nombre de nouveaux cas de sida chez les étrangers par semestre de diagnostic selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral avant le Sida
Données redressées au 30 juin 1998 - Source RNSP



étrangers ignorant leur statut sérologique augmente au cours du temps, étant donné la diminution du nombre total de nouveaux cas de Sida chaque semestre. Parmi les cas de Sida diagnostiqués en 1997, 56 % des étrangers ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic. Ce pourcentage est de 63 % pour les sujets d'Afrique sub-saharienne, 47 % pour les Européens, 46 % pour les sujets de nationalité nord africaine, 44, % chez les Haïtiens, et 38, % pour les Français.

La prise en charge thérapeutique

Parmi les sujets diagnostiqués Sida depuis 1994 et connaissant leur séropositivité avant l'entrée dans la maladie, on constate une différence quant à la prise d'un traitement antirétroviral avant le Sida entre les sujets de nationalité étrangère et ceux de nationalité française : respectivement 48, % contre 39 % n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de Sida. Au sein de la population étrangère, ce sont 66 % des Haïtiens, 53 % des sujets du reste du continent américain, 49 % des Africains sub-sahariens, 48, % des nord-Africains, 47 % des sujets du continent asiatique et 37 % des Européens qui n'ont pas été traités par un antirétroviral avant l'entrée dans la maladie, alors qu'ils connaissaient leur séropositivité.

Il n'existe pas de différence significative, vis-à-vis du traitement antirétroviral, entre les hommes et les femmes connaissant leur séropositivité et ce, aussi bien chez les étrangers que chez les Français.

Le nombre de cas de Sida chez des patients étrangers n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-Sida diminue depuis 1994, et de façon plus marquée depuis 1996, en particulier chez les femmes (fig. 5). Mais leur pourcentage a tendance à augmenter.

Parmi les cas de Sida diagnostiqués en 1997, 65 % des étrangers n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le Sida, alors qu'ils connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic. Ce pourcentage est de 78 % pour les sujets haïtiens, 67 % pour les sujets européens, 61 % pour les sujets de nationalité nord africaine et 60 % pour les sujets d'Afrique sub-saharienne et 53 % pour les Français.

Les pathologies

Les étrangers atteints du Sida, et principalement les sujets d'Afrique sub-saharienne présentent plus fréquemment une tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire) inaugurale que les Français (22,2 % versus 6,1 %), une cryptococcose inaugurale (3,1 % versus 2,2 %), ou une isosporidiose inaugurale (1,8 % versus 0,2 %). Les étrangers présentent aussi plus d'infections à herpès simplex virus que les sujets de nationalité française (2,7 % versus 2,2 %), ainsi que plus de pneumopathies bactériennes récurrentes (1,3 % versus 0,8 %) et d'histoplasmoses (0,6 % versus 0,1 %).

Discussion

Cette analyse comporte certaines limites dans la mesure, tout d'abord, où il est difficile de parler des étrangers en général et où le découpage en continent n'est pas toujours satisfaisant, puisque l'épidémie évolue de façon différente d'un pays à l'autre.

Une autre limite est celle concernant le calcul des taux d'incidence cumulés, qui permettent les comparaisons du poids de l'épidémie de Sida entre "nationalités". D'une part, le numérateur peut-être artificiellement augmenté par les personnes domiciliées à l'étranger, venant se faire prendre en charge pour leur Sida en France et déclarant un domicile en France. Ce phénomène qui a été important au début de l'épidémie, s'est probablement à nouveau accentué lors de la mise à disposition des nouvelles thérapeutiques. D'autre part, le dénominateur pourrait être inférieur à la réalité, les données de l'INSEE ne comptabilisant pas l'ensemble des étrangers présents sur le territoire français, en raison de la situation irrégulière de certains. Ces 2 facteurs font que les taux d'incidence calculés pourraient être surestimés, en particulier pour les sujets d'Afrique sub-saharienne et pour les Haïtiens.

Néanmoins, pour essayer d'appréhender l'épidémie d'infection à VIH dans la population étrangère, les données de la surveillance du Sida sont les seules à disposer de l'information sur la nationalité de la personne. Il existe 2

écueils à cette source de données : 1) la surveillance du Sida n'est le reflet que tardif des contaminations par le VIH et est dorénavant surtout le reflet d'une absence de dépistage et de prise en charge ; 2) ces données ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population immigrée.

Depuis le début de l'épidémie, une proportion relativement stable de personnes de nationalité étrangère (14 %) est observée parmi les cas de Sida déclarés en France. Par contre, depuis 1996, cette proportion a augmenté, les étrangers représentant 20 % des cas diagnostiqués au premier semestre 1998. Cette augmentation de la part des étrangers parmi les cas de Sida est en fait liée à une augmentation de la part des sujets ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne. Ceci s'explique par le fait que, depuis l'arrivée des nouvelles stratégies thérapeutiques en 1996, on observe une diminution du nombre de nouveaux cas de Sida quelle que soit la "nationalité", mais une diminution moindre chez les sujets de "nationalité" sub-saharienne. Une méconnaissance plus grande de la séropositivité, à un stade pourtant avancé de l'infection, empêche de nombreux sujets de nationalité étrangère et notamment ceux d'Afrique sub-saharienne de bénéficier des thérapeutiques adaptées, permettant de retarder l'entrée dans la maladie.

D'une façon constante, les femmes connaissent mieux leur séropositivité que les hommes. Ceci s'explique par les opportunités qu'elles ont d'être testées, d'une part à l'occasion des grossesses, le dépistage du VIH devant être systématiquement proposé en France à toute femme enceinte depuis 1993, ou d'autre part lors des suivis gynécologiques.

En ce qui concerne la mortalité par Sida, il est intéressant de constater que la diminution du nombre de décès est similaire entre les sujets de nationalité étrangère et les Français. Ceci indique qu'une fois l'infection diagnostiquée au stade de Sida, la prise en charge des patients étrangers ainsi que leur observance au traitement sont comparables à celles des Français.

En revanche, le pourcentage important d'étrangers n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de Sida, alors qu'ils connaissaient leur séropositivité, suggère que l'accès des étrangers séropositifs à une prise en charge thérapeutique est limité. Dans cette population, l'infection à VIH est révélatrice d'une difficulté globale d'accès à des soins appropriés, en raison notamment de restrictions à l'ouverture de certains droits sociaux, d'obstacles administratifs et financiers [5], de difficultés de communication ou de conditions socio-économiques défavorables (les professions qu'ils exercent en étant un reflet) [6]. L'absence habituelle de symptômes au stade de la séropositivité ne vient que renforcer cette difficulté d'accès aux soins.

Une spécificité culturelle est aussi souvent évoquée pour expliquer les différences comportementales en matière de recours aux soins entre les étrangers (Africains notamment) et les Français. Mais, les situations sociale, économique, politique et juridique, dans lesquelles vivent les étrangers, constitueraient en fait les déterminants majeurs des comportements et des attitudes face à la maladie [1].

Les sujets de nationalité étrangère vivant en France sont 2 fois plus touchés par le Sida que les sujets de nationalité française. Parmi les étrangers, ce sont les sujets de la République démocratique du Congo qui sont les plus touchés (environ 50 fois plus que les Français), les Congolais (45 fois plus) et les Haïtiens (35 fois plus). Viennent ensuite les sujets ayant pour nationalité celle de certains pays d'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Mali et Sénégal), des USA et des pays d'Amérique du sud. L'importance de l'épidémie de Sida au sein des différentes nationalités vivant en France n'est pas totalement superposable à celle observée dans les pays correspondants. Ainsi, l'épidémie de Sida est plus importante en Côte d'Ivoire qu'au Congo et qu'en République démocratique du Congo, avec des taux de personnes adultes vivant avec le VIH/Sida respectifs de 10 %, 8 % et 4 % [7].

Les personnes de "nationalité" nord-africaine vivant en France sont 1,7 fois plus touchés que les Français, alors que les taux de personnes adultes vivant avec le VIH/Sida dans les différents pays du Maghreb sont moindres que celui observé en France (environ 0,05 % versus 0,37 %).

Les Asiatiques et les Européens vivant en France sont atteints par le Sida de façon similaire aux Français.

Les femmes étrangères, toutes "nationalités" confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises. Ceci est lié à l'importance de l'épidémie hétérosexuelle chez les femmes d'Afrique sub-saharienne et d'Haïti.

Les modes de contamination des étrangers sont généralement ceux retrouvés dans les pays correspondant à leurs nationalités, sauf pour les sujets nord-africains, où le principal mode de contamination est l'usage de drogues, ce qui n'est pas le reflet de la situation épidémique déclarée au Maghreb, ou au moins en Algérie et au Maroc. Il semble que l'usage de drogues chez les nord-Africains en France soit lié au problème des jeunes dans les quartiers en difficulté, et aux facteurs socio-économiques (chômage, précarité des ressources et de l'insertion, échec scolaire ou professionnel) [8]. Ces problèmes pourraient être le fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration.

La région de domicile des étrangers atteints de Sida est principalement l'Île-de-France, dans la mesure où elle constitue une région d'accueil importante pour les personnes étrangères.

Conclusion

Le Sida peut être une pathologie d'importation, dans la mesure où l'étranger vient en France déjà porteur du VIH. Les modes de contamination et les pathologies cliniques sont alors exactement ceux observés dans le pays correspondant à la nationalité. Dans le cas où la contamination par le VIH a lieu en France, dans un monde socialement et culturellement nouveau, mais encore souvent dans un environnement spécifique, les caractéris-

tiques du Sida peuvent être à la fois celles du pays correspondant à la nationalité et celles du pays d'accueil. Néanmoins, dans ces deux cas de figure, l'épidémie se caractérise par des particularités propres aux populations immigrées et à leur intégration.

L'importance de l'épidémie de Sida chez les étrangers vivant en France doit inciter à promouvoir des efforts de prévention adaptés afin de lutter contre la propagation du VIH dans cette population. Les étrangers étant souvent exclus des actions de prévention pour des raisons de précarité, de culture ou par peur de stigmatisation, une approche communautaire de proximité doit être privilégiée.

L'amélioration de l'accès à un dépistage précoce chez les personnes étrangères doit aussi constituer un objectif de la lutte contre l'épidémie. La promotion de programmes de conseil et de dépistage volontaire auprès des partenaires des personnes découvertes séropositives pourrait être un des moyens pour lutter contre la méconnaissance de la séropositivité dans cette population peu dépistée, mais aussi dans les autres populations exposées au risque de transmission du VIH. Un effort d'information sur l'intérêt d'une prise en charge de la séropositivité, adapté en direction de la population étrangère, est nécessaire.

Le nombre de personnes étrangères vivant avec le VIH/Sida continuant d'augmenter, malgré une diminution du nombre de nouveaux cas de Sida depuis 1996, les moyens pour assurer la prise en charge clinique et thérapeutique de ces personnes ne doivent pas être revus à la baisse.

Bibliographie

1. Fassin D, Ricard E. Les immigrés et le Sida : une question mal posée. In "Sida et vie psychique : approche clinique et prise en charge". La découverte, Paris. 1996.
2. Lot F. Epidémiologie de l'infection par le VIH en France. La revue du praticien 1995;45:683-9.
3. Lot F. La situation du Sida dans la population étrangère en France. Lettre d'information du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida d'Ile-de-France 1996;37:2-3.
4. INSEE. Recensement général de la population de 1990.
5. Musso Dimitrijevic S. Les difficultés d'accès aux soins des étrangers atteints par le VIH - Sida. Le journal du Sida 1997 ; 101 : 12-13.
6. Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M, et al. La santé des populations d'origine étrangère en France. Soc Sci Med 1991;32:1219-27.
7. ONUSIDA et OMS. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/Sida - juin 1998. Genève 1998.
8. Recherche Action, ARCAT SIDA. K. Cherabi, Delphine Fanget. Le VIH-Sida en milieu migrant arabo-musulman en France. Septembre 1997.

Résumé

L'objectif de ce rapport est de décrire les éventuelles spécificités existant chez les sujets de nationalité étrangère atteints du Sida, et plus particulièrement celles concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques au cours du temps (sexe, âge, mode de contamination, région de domicile, catégorie socio-professionnelle, pathologies) ainsi que leur accès au dépistage et leur prise en charge thérapeutique.

Les données sont celles de la surveillance du Sida (déclarations obligatoires centralisées au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire) chez les adultes de nationalité étrangère domiciliés en France et diagnostiqués entre 1978 et le 30 juin 1998. Les différentes nationalités sont regroupées selon 8 zones géographiques : l'Afrique du Nord, l'Afrique sub-saharienne, Haïti, le reste du continent américain, l'Asie, l'Europe (hors France), l'Océanie et l'ex-URSS.

Au 30 juin 1998, 14 % des cas de Sida déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des sujets de nationalité étrangère domiciliés en France (6 571 / 46 973), proportion en augmentation depuis juin 1996. Parmi les étrangers atteints de Sida, 2 068 sujets ont pour "nationalité" l'Afrique sub-saharienne, 1543 l'Afrique du Nord, 1298 l'Europe, 809 Haïti, 559 le continent américain (hors Haïti), 278 l'Asie, 11 l'Océanie et 5 l'ex-Union Soviétique.

Les sujets de nationalité étrangère vivant en France sont globalement 2 fois plus touchés par le Sida que les sujets de nationalité française, mais le poids de l'épidémie varie beaucoup selon les nationalités.

Les femmes étrangères, toutes nationalité confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises.

Le mode de contamination des sujets de "nationalité" nord-africaine est surtout lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse (45 % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie), mais la proportion de cas dus à ce mode de contamination tend à diminuer au cours du temps. Chez les sujets d'Afrique sub-saharienne et haïtiens, la transmission hétérosexuelle est majoritaire (respectivement 89 % et 92 % des cas cumulés).

Les étrangers atteints de Sida sont de façon plus fréquente que les français sans emploi (35 % versus 20 %) ou ouvriers (22 % versus 13 %). A l'opposé, les proportions d'artisans, de cadres, de professions intermédiaires et d'employés sont moindres chez les étrangers.

Parmi les sujets diagnostiqués en 1997, 56 % des étrangers ne connaissaient pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du Sida contre 38 % des sujets de nationalité française. Parmi ceux connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic du Sida, on constate aussi une différence quant à la prise d'un traitement antirétroviral : 65 % des étrangers versus 53 % des Français n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de Sida.

Même si l'analyse ne concerne que les sujets étrangers et non l'ensemble de la population immigrée, et si les données sont celles du Sida et non de l'infection à VIH, ce rapport permet de mettre en évidence des caractéristiques particulières pour les étrangers atteints de Sida, et notamment leur moindre recours à un dépistage et à une prise en charge de la séropositivité. Néanmoins, la prise en charge de l'infection au stade du Sida semble similaire à celle des sujets français.



Unité Maladies-Infectieuses