

## Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants (\*)

C. LARSEN<sup>1</sup> ([christine.larsen@santepubliquefrance.fr](mailto:christine.larsen@santepubliquefrance.fr)), F. LIMOUSI<sup>1</sup>, D. RAHIB<sup>1</sup>, F. BARIN<sup>2</sup>,  
S. CHEVALIEZ<sup>3</sup>, G. PEYTAVIN<sup>4</sup>, R. MBIRIBINDI<sup>5</sup>, N. LYDIE<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

L'AfroBaromètre 2016 est une enquête transversale associant auto-prélèvement sanguin sur papier buvard et questionnaire auto-administré sur tablette informatique. Elle avait pour objectif de décrire les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France et de mesurer les prévalences observées des infections VIH et VHB dans ces populations.

Au cours des mois de mai et juin 2016, 1 283 personnes âgées de 34 ans (médiane), nées pour 64 % d'entre elles dans un pays d'Afrique subsaharienne et majoritairement des hommes (62 %), ont accepté de participer, soit 31 % des personnes sollicitées. Les prévalences observées du VIH et du VHB sont respectivement de 1,6 % et 5,1 %.

Le recours au dépistage apparaît insuffisant tant vis-à-vis de l'infection VIH, pour laquelle 40 % des personnes atteintes ignoraient leur statut, que vis-à-vis de l'infection VHB dont le diagnostic était méconnu par 77 % des personnes porteuses de l'AgHBs. Aussi, il apparaît essentiel d'élargir l'offre de dépistage au-delà des structures actuelles de dépistage, et de favoriser la diffusion et l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique combinant dépistage du VIH et des hépatites B et C associées à une information et un *counseling* clairs et adaptés.

**MOTS-CLÉS :** VIH, VHB, Afro-Caribéens, Île-de-France.

### I. - INTRODUCTION

Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Europe sont fortement touchés par les infections par le VIH et le virus de l'hépatite B (VHB) (1, 2). En France, un tiers (31 %) des 6 000 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2015 étaient nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (3). En 2004, 21 % de la population générale atteinte d'infection VHB (basée sur la détection de l'antigène de surface du VHB – AgHBs) étaient nés dans cette partie du monde (4).

Depuis le début des années 2000, les populations étrangères/migrantes et, en particulier, celles originaires d'Afrique subsaharienne, font l'objet d'une

attention particulière de la part des pouvoirs publics dans une stratégie combinant une double approche (5) : la première vise à agir en direction des migrants en tant que composante de la société française utilisatrice des services de droit commun ; la seconde vise à

\* Texte paru dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 28 novembre 2017/n° 29-30.

<sup>1</sup> Santé publique France, Saint Maurice, France.

<sup>2</sup> Université François-Rabelais, Inserm U966 ; CHU Bretonneau, Centre national de référence du VIH, Tours, France.

<sup>3</sup> Inserm U955, Centre national de référence des hépatites B, C et Delta, CHU Henri-Mondor, Créteil, France.

<sup>4</sup> APHP, CHU Bichat-Claude Bernard ; IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris Diderot – Sorbonne Cité, Paris, France.

<sup>5</sup> Association Afrique Avenir, Paris, France.

les considérer en tant que groupe spécifique, usagers de services dédiés, institutionnels (Office français de l'immigration et de l'intégration, par exemple) ou communautaires (associations, médias, etc.).

Cette double approche a permis le développement d'actions de prévention, dans une démarche de santé communautaire, sur les lieux de vie et de socialisation de ces populations (6). Elles sont relativement importantes dans la région Île-de-France, qui accueille près de 60 % des migrants d'Afrique subsaharienne (7).

L'association Afrique Avenir qui, depuis 1994, s'est engagée dans la lutte contre le sida, est un acteur clé de ce dispositif ; elle intervient dans des arrondissements parisiens et des communes des petite et grande couronnes qui concentrent la plus forte densité de migrants d'Afrique subsaharienne (8). Elle mène des actions d'information/sensibilisation et de dépistage du VIH (depuis 2012) sur divers sites. Parce qu'elles partagent leurs lieux de vie et de socialisation, ces actions ne touchent pas exclusivement les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne, mais aussi des personnes nées en France de parents immigrés et plus largement des personnes provenant de la Caraïbe. Une première enquête AfroBaromètre réalisée en 2011 par questionnaire auto-administré avait permis de caractériser cette population en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements vis-à-vis du VIH/sida et, ainsi, d'adapter les messages de prévention (9).

Suite à l'évolution rapide du contexte préventif du VIH et des hépatites B et C promouvant désormais une prévention « diversifiée », qui associe aux mesures comportementales des stratégies de dépistage et de traitement antiviral (10, 11), il est apparu important de réaliser, en 2016, une nouvelle enquête AfroBaromètre en ajoutant un volet biologique au questionnaire socio-comportemental, afin d'analyser les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France et de mesurer les prévalences observées de l'infection VIH, VHB et de l'hépatite C (VHC).

Cet article restreint la présentation des résultats à la prévalence observée des infections VIH et VHB et des comportements de dépistage vis-à-vis de ces infections au sein de l'enquête.

## II. - MÉTHODES

Enquête transversale et anonyme, l'AfroBaromètre 2016 a été mené du 3 mai au 6 juillet 2016 par les intervenants d'Afrique Avenir et l'Institut BVA dans 33 lieux communautaires où intervient habituellement l'association, en milieu ouvert (sorties de gare/métro, marchés) ou fermé (discothèques, salles des fêtes, salons de coiffure, lieux de culte).

### A) Déroulement de l'étude

Les intervenants d'Afrique Avenir ont, de façon opportuniste, convié à participer à l'enquête toute personne majeure fréquentant les lieux communautaires et qui lisait et parlait le français. Les personnes acceptant d'y participer étaient invitées à lire la lettre d'information et de consentement, puis à déposer huit gouttes de sang sur un papier buvard, après auto-prélèvement capillaire du bout du doigt, et à compléter sur tablette électronique un questionnaire comportemental (70 questions). Buvard et questionnaire étaient appariés par un numéro d'anonymat.

Le questionnaire recueillait des caractéristiques sociodémographiques et des informations sur le comportement sexuel et préventif au cours des 12 derniers mois, ainsi que les attitudes vis-à-vis du dépistage VIH et VHB.

Les participants étaient informés qu'ils n'obtiendraient aucun résultat individuel. Mais les intervenants leur remettaient une pochette « prévention » contenant un coupe-file facilitant l'accès aux structures de dépistage anonyme et gratuit de proximité, des brochures d'information et de prévention, des préservatifs masculin et féminin et une dosette de gel lubrifiant.

En cas de refus de participation, le sexe, l'âge, la connaissance du statut sérologique VIH et la raison du refus étaient recueillis.

### B) Tests biologiques (à partir de sang total séché sur papier buvard)

Le dépistage des anticorps anti-VIH était réalisé à l'aide d'un test combiné Genscreen ultra HIV Ag-Ab® (Biorad) par le Centre national de référence (CNR) du VIH. En cas de positivité, étaient effectués un western blot (HIV blot 2.2®, MP diagnostics), un test d'infection récente (infection datant de moins de 6 mois) et le sérotypage du VIH par le CNR, ainsi qu'une recherche des antirétroviraux par le laboratoire de pharmacotoxicologie du Centre hospitalier universitaire Bichat. En cas de discordance entre un résultat biologique négatif et le statut déclaré VIH positif, la recherche d'antirétroviraux était réalisée.

Le dépistage de l'infection VHB, basé sur la détection de l'AgHBs, était réalisé à l'aide d'une technique ELISA automatisée VIDAS® HBsAg Ultra (BioMérieux, France) par le CNR des hépatites B, C et delta.

### C) Définitions

La situation administrative du participant était définie comme précaire soit en cas de possession : i) d'un visa touristique ; ii) d'une autorisation provi-

soire de séjour ; iii) d'un récépissé de demande de carte de séjour en l'absence de couverture maladie ; soit par le fait d'être sans papiers ou en attente de régularisation.

La connaissance du statut VIH était définie selon la classification utilisée dans Prevagay 2015 (12) en combinant résultat biologique et donnée déclarative. Les participants ont ainsi été classés en trois catégories : séropositif connaissant son statut, séropositif ignorant son statut (non diagnostiqué) et séronégatif.

Une hépatite B diagnostiquée était définie par un test AgHBs positif associé au fait d'avoir déclaré « avoir une hépatite B chronique », que celle-ci soit traitée ou non. Une hépatite B non diagnostiquée était définie par un test AgHBs positif associé au fait d'avoir déclaré « ne jamais avoir été testé pour une hépatite B » ou « ne pas savoir si on a déjà été testé pour une hépatite B ». Un diagnostic d'hépatite B était classé comme mal compris en cas de test AgHBs positif associé au fait d'avoir déjà été testé pour une hépatite B et d'avoir déclaré « ne pas avoir d'hépatite B », « avoir fait une hépatite B et être guéri » ou « ne pas savoir ».

#### D) Analyses statistiques

Les comparaisons de variables qualitatives ont été effectuées avec un test de Chi<sup>2</sup> de Pearson au seuil de significativité < 0,05, et les comparaisons de moyennes ont été réalisées par le test de Student. Les facteurs associés à la positivité de l'AgHBs ont été analysés par régression logistique multivariée.

Les analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel Stata® version 14.2.

#### E) Aspects éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes d'Île-de-France (Pitié-Salpêtrière) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de la recherche biomédicale.

### III. - RÉSULTATS

Sur les 4 105 personnes éligibles sollicitées, 31 % ont accepté de participer. Le taux de participation variait selon le lieu des interventions : de 24 % dans les salons de coiffure à 41 % dans les lieux de culte.

Comparées aux participants, les personnes ayant refusé de prendre part à l'enquête ne sont pas statistiquement différentes en termes de sexe (62 %

d'hommes) et d'âge (35 ans en moyenne). Cependant, elles déclaraient plus souvent ignorer leur statut sérologique VIH. Les principaux motifs de refus étaient un manque de temps (60 %), un lieu de réalisation de l'enquête inadapté (15 %) et la réalisation de l'auto-prélèvement (14 %).

Au total, 1 283 participants ayant un auto-questionnaire complété et un test sérologique interprétable ont été inclus dans l'analyse.

#### A) Caractéristiques des participants (Tableau I)

Les participants ont été inclus en milieu ouvert (61 %), dans les lieux festifs (24,5 %) et dans les salons de coiffure ou lieux de culte (14,5 %). Âgés de 34 ans (médiane), il s'agissait majoritairement d'hommes (62 %). Ils résidaient surtout dans la petite (42 %) et la grande couronne parisienne (40 %). Nés majoritairement (64 %) en Afrique subsaharienne, 31,5 % étaient nés en France (métropole ou DOM-TOM). Ils étaient 46 % à avoir fait des études supérieures et 45 % à avoir un emploi, sans différence selon le sexe. Les femmes déclaraient plus souvent poursuivre des études (23 % vs 11 %), tandis que les hommes étaient plus souvent au chômage (25 % vs 16,5 %).

Parmi les personnes de nationalité étrangère dont le statut administratif avait pu être déterminé (n = 731), la précarité de la situation administrative concernait 26 % d'entre elles, sans différence significative selon le sexe (hommes : 27 % ; femmes : 24 %).

Le renoncement aux soins dans les 12 derniers mois touchait 22 % des participants, ce pourcentage augmentant en fonction du statut d'emploi (emploi : 17 % ; étudiants : 22 % ; chômeurs : 32 % ; au foyer : 37 %) et de la situation administrative (nationalité française : 12 % ; séjour stable : 25 % ; séjour précaire : 39 %).

Globalement, 17 % des répondants n'avaient pas eu de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, davantage les femmes (21,5 %) que les hommes (14 %). Plus souvent multipartenaires, les hommes déclaraient une utilisation du préservatif plus fréquente que les femmes multipartenaires (respectivement, 75 % et 64 % ; p = 0,01). Les rapports entre personnes de même sexe concernaient 16 % des hommes et 18 % des femmes. Il s'agissait de bisexualité dans 78 % des cas.

La majorité (66 %) des participants déclarait avoir fait un test VIH au cours des 12 derniers mois, et 15 % il y a plus d'un an. Parmi les 850 personnes ayant fait un test VIH dans les 12 derniers mois, 52 %

**Tableau I - Caractéristiques sociodémographiques et comportementales des répondants par sexe dans l'AfroBaromètre, Île-de-France, mai-juin 2016.**

	Total		Hommes		Femmes		P
	N	%	n	%	n	%	
<b>Âge à l'enquête (ans)</b>							<10 <sup>-3</sup>
18-24	310	24,2	149	18,7	161	33,1	
25-34	364	28,4	222	27,9	142	29,2	
35-44	283	22,0	189	23,7	94	19,3	
>44	326	25,4	237	29,7	89	18,3	
<b>Région de naissance</b>							<10 <sup>-3</sup>
France métropolitaine	293	22,8	149	18,7	144	29,6	
DOM-TOM*	111	8,7	60	7,5	51	10,5	
Afrique subsaharienne	818	63,7	549	68,9	269	55,3	
Haïti	38	3,0	25	3,1	13	2,7	
Autre	22	1,7	13	1,6	9	1,9	
Non renseignée	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
<b>Département de résidence</b>							0,46
Paris	167	13,0	112	14,1	55	11,3	
Petite couronne**	539	42,0	332	41,7	207	42,6	
Grande couronne**	509	39,7	315	39,5	194	39,9	
Autre	65	5,1	37	4,6	28	5,8	
Non renseigné	3	0,2	1	0,1	2	0,4	
<b>Niveau d'études</b>							0,09
≤ primaires	72	5,6	45	5,6	27	5,6	
Collège	251	19,5	173	21,7	78	16,0	
Lycée	369	28,8	225	28,2	144	29,6	
Études supérieures	591	46,1	354	44,4	237	48,8	
<b>Statut d'emploi</b>							<10 <sup>-3</sup>
Travail	572	44,6	356	44,7	216	44,4	
Chômage	281	21,9	201	25,2	80	16,5	
Études	197	15,3	85	10,7	112	23,0	
Au foyer	51	4,0	23	2,9	28	5,8	
Autre	182	14,2	132	16,6	50	10,3	
<b>Statut administratif***</b>							<10 <sup>-3</sup>
Nationalité française	524	40,8	269	33,8	255	52,5	
Séjour stable	540	42,1	369	46,3	171	35,2	
Séjour précaire	191	14,9	138	17,3	53	10,9	
Non déterminé	28	2,2	21	2,6	7	1,4	
<b>Langue parlée en famille</b>							0,63
Français	784	61,1	495	62,1	289	59,5	
Autre langue	109	8,5	65	8,2	44	9,0	
Français et autre langue	390	30,4	237	29,7	153	31,5	
<b>Couverture maladie</b>							<10 <sup>-3</sup>
Aucune	131	10,2	92	11,5	39	8,0	
Sécurité sociale seule ou CMU ou AME	418	32,6	283	35,5	135	27,8	
Sécurité sociale et mutuelle ou CMUc	631	49,2	356	44,7	275	56,6	
Ne sait pas	103	8,0	66	8,3	37	7,6	
<b>Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois</b>							0,14
Non	996	77,6	608	76,3	388	79,8	
Oui	287	22,4	189	23,7	98	20,2	

	Total		Hommes		Femmes		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Sexe des partenaires dans les 12 derniers mois</b>							
Pas de partenaire sexuel	214	16,7	109	13,7	105	21,6	} 0,54****
Partenaires de sexe opposé uniquement	887	69,1	574	72,0	313	64,4	
Partenaires des deux sexes	143	11,2	87	10,9	56	11,5	
Partenaires de même sexe uniquement	39	3,0	27	3,4	12	2,5	
<b>Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois</b>							
Aucun	214	16,7	109	13,7	105	21,6	<10 <sup>-3</sup>
1	467	36,4	259	32,5	208	42,8	
>1	602	46,9	429	53,8	173	35,6	
<b>Utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois parmi les sexuellement actifs****</b>							
Non	455	42,6	265	38,5	190	49,9	<10 <sup>-3</sup>
Oui	614	57,4	423	61,5	191	50,1	
<b>Dépistage VIH dans les 12 derniers mois</b>							
Jamais testés	237	18,5	136	17,1	101	20,8	0,11
Testés il y a plus d'un an	196	15,3	116	14,5	80	16,5	
Testés dans les 12 mois	850	66,2	545	68,4	305	62,8	
<b>Dépistage hépatite B dans les 12 derniers mois</b>							
Jamais testés	610	47,6	387	48,6	223	45,9	0,62
Testés il y a plus d'un an	312	24,3	192	24,1	120	24,7	
Testés dans les 12 mois	361	28,1	218	27,3	143	29,4	

\* Parmi les 111 personnes nées dans les DOM-TOM, 92 sont nées en Martinique ou en Guadeloupe, 13 en Guyane, 4 dans l'Océan Indien et 2 dans les TOM.

\*\* Petite couronne : Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94). Grande couronne : Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), Val-d'Oise (95).

\*\*\* Séjour stable : possession d'une carte de résident ou de séjour temporaire, d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de demande de carte de séjour associée à une couverture maladie. Séjour précaire : possession d'un visa touristique, d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de demande de carte de séjour en l'absence de couverture maladie, ou le fait d'être en attente de régularisation ou d'être sans papiers.

\*\*\*\* Parmi les personnes sexuellement actives dans les 12 derniers mois, c'est-à-dire ayant déclaré au moins un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois.

CMU : couverture maladie universelle ou protection universelle maladie ; CMUc : couverture maladie universelle complémentaire ; AME : aide médicale d'État.

(n = 441) étaient multipartenaires, essentiellement des hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes uniquement (53,5 %) ou avec des hommes (18 %). Moins d'un tiers (28 %) des participants avaient réalisé un test de dépistage de l'hépatite B dans les 12 derniers mois et près d'un quart (24 %) l'avait réalisé il y a plus d'un an.

## B) Prévalences observées et caractéristiques des personnes atteintes (Tableau II)

La prévalence de l'infection VIH observée au sein de l'échantillon était de 1,6 %. Elle variait peu en fonction du sexe, du pays de naissance et du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, mais variait selon l'âge des répondants (< 34 ans : 1 % ; 34 ans : 2,5 % ; p = 0,02). Chez les hommes, la

prévalence observée était significativement plus élevée parmi ceux qui, au cours des 12 derniers mois, avaient eu des rapports sexuels uniquement avec des hommes (15 %), comparés à ceux ayant eu des rapports avec des hommes et des femmes (2 %) ou à ceux n'ayant eu des rapports qu'avec des femmes (1,5 %).

Parmi les 21 participants testés VIH positifs (16 hommes, 5 femmes), 14 étaient nés en Afrique subsaharienne, 5 en France métropolitaine ou dans les DOM, 1 à Haïti et 1 dans un autre pays. Tous étaient infectés par un VIH-1 groupe M, sauf 1 qui l'était par un VIH-2. Le diagnostic d'infection VIH était connu par 13 d'entre eux (9 hommes, 4 femmes). Parmi les 8 qui ignoraient leur diagnostic (7 hommes, 1 femme), 4 déclaraient avoir été testés dans les 12 derniers mois, aucun n'avait de test évocateur d'une infection récente.

**Tableau II - Prévalences observées de l'infection VIH et de l'hépatite B (AgHBs) au sein de l'échantillon d'AfroBaromètre (N = 1 283), Île-de-France, mai-juin 2016.**

	N	VIH + n (%)	p	AgHBs + n (%)	p
<b>Population totale</b>	1 283	21 (1,6)	–	66 (5,1)	–
<b>Sexe</b>			0,18		<10 <sup>-3</sup>
Hommes	797	16 (2,0)		56 (7,0)	
Femmes	486	5 (1,0)		10 (2,0)	
<b>Âge à l'enquête (ans)</b>			0,06		0,002
18-24	310	3 (1,0)		10 (3,2)	
25-34	364	2 (0,5)		20 (5,5)	
35-44	283	8 (2,8)		26 (9,2)	
>44	326	8 (2,4)		10 (3,1)	
<b>Région de naissance</b>			0,86		0,008
France métropolitaine	293	4 (1,4)		5 (1,7)	
DOM-TOM	111	1* (0,9)		2** (1,8)	
Afrique subsaharienne	818	14 (1,7)		57 (7,0)	
Haïti	38	1 (2,6)		1 (2,6)	
Autre	22	1 (4,5)		1 (4,5)	
<b>Niveau d'études</b>			0,43		0,004
Primaires ou non scolarisés	72	2 (2,8)		9 (12,5)	
> Primaires	1211	19 (1,6)		57 (4,7)	
<b>Situation professionnelle</b>			0,60		0,001
Emploi	572	9 (1,6)		16 (2,8)	
Études	197	3 (1,5)		8 (4,1)	
Chômage	281	3 (1,1)		23 (8,2)	
Autres situations	233	6 (2,6)		19 (8,1)	
<b>Couverture maladie</b>			0,11		0,11
Aucune	131	3 (2,3)		8 (6,1)	
Sécurité sociale seule ou CMU ou AME	418	5 (1,2)		27 (6,5)	
Sécurité sociale et mutuelle ou CMUc	631	12 (1,9)		23 (3,6)	
Ne sait pas	103	1 (1,0)		8 (7,8)	
<b>Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois</b>			0,87		0,005
Non	996	16 (1,6)		42 (4,2)	
Oui	287	5 (1,7)		24 (8,4)	
<b>Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois</b>			0,88		0,86
Aucun	214	3 (1,4)		11 (5,1)	
1	467	7 (1,5)		26 (5,6)	
>1	602	11 (1,8)		29 (4,8)	
<b>Orientation sexuelle dans les 12 derniers mois</b>					
<b>Hommes</b>			<10 <sup>-3</sup>		0,04
Ayant uniquement des partenaires femmes	575	9 (1,6)		33 (5,7)	
Ayant des partenaires des deux sexes	86	2 (2,3)		11 (12,8)	
Ayant uniquement des partenaires hommes	27	4 (14,8)		1 (3,7)	
<b>Femmes</b>			0,72		0,77
Ayant uniquement des partenaires hommes	313	3 (1,0)		8 (2,6)	
Ayant des partenaires des deux sexes	56	0		2 (3,6)	
Ayant uniquement des partenaires femmes	12	0		0	

\* Personne née en Guadeloupe.

\*\* Une personne née en Martinique et une née à Mayotte.

CMU : couverture maladie universelle ou protection universelle maladie ; CMUc : couverture maladie universelle complémentaire ; AME : aide médicale d'État.

La prévalence observée de l'AgHBs était de 5,1 %. Les facteurs indépendamment associés à la positivité de l'AgHBs étaient le fait d'être un homme ( $p = 0,001$ ), d'être né dans un pays d'Afrique subsaharienne ( $p = 0,007$ ), d'avoir un faible niveau d'études ( $p = 0,003$ ), d'être au chômage ( $p = 0,008$ ) et d'avoir renoncé aux soins dans les 12 derniers mois ( $p = 0,048$ ).

Parmi les 66 participants positifs pour l'AgHBs, 26 (39 %) déclaraient n'avoir jamais été testés pour l'hépatite B et ignoraient leur statut, 25 (38 %) l'avaient été (dont 17 dans les 12 derniers mois) et semblaient avoir mal compris leur diagnostic, 15 (23 %) connaissaient leur diagnostic.

#### IV. - DISCUSSION

Pour la première fois en France, l'AfroBaromètre a associé à un questionnaire socio-comportemental, un dépistage du VIH et de l'hépatite B sur papier buvard dans la population afro-caribéenne d'Île-de-France. La méthodologie de l'enquête impliquant un auto-prélèvement a été diversement accueillie par les personnes sollicitées. Néanmoins, si seules 31 % des personnes ont accepté de participer, la raison invoquée par la majorité de celles qui ont refusé était le manque de temps et non l'auto-prélèvement, mentionné par seulement 14 % d'entre elles. Ce pourcentage est inférieur aux enquêtes de même type réalisées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (50 %) (12, 13) et au précédent AfroBaromètre qui ne comportait pas de prélèvement (34 %) (9). Par ailleurs, l'étude proposée aux seules personnes sachant lire et parler le français a pu exclure les migrants non-francophones récemment arrivés sur le territoire. Cependant, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France sont en majorité des personnes nées dans un pays d'Afrique francophone (pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale) (14). Dans l'enquête Parcours, seuls 2 % des migrants d'Afrique subsaharienne éligibles n'avaient pas participé en raison d'une maîtrise insuffisante du français (15). L'enquête ayant été réalisée à partir d'un échantillon de convenance, ses résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population afro-caribéenne d'Île-de-France. Néanmoins, de par la diversité de ses sites de recrutement, il a été possible de « capter » des populations habituellement peu représentées dans les études, comme les HSH qui constituent 14 % des hommes de notre échantillon et qui ont été pour moitié recrutés en milieu ouvert. En effet, très peu de HSH originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes ont été inclus dans les enquêtes telles que Prevagay 2015 (1,85 % ; communication personnelle, A. Velter).

La prévalence observée du VIH est proche de celle déclarée dans l'AfroBaromètre 2011 (1,9 %) (9). Elle est particulièrement élevée parmi les HSH (15 %) et similaire à celle estimée parmi les HSH de Prevagay 2015 (14,3 %) (12). Ainsi, notre enquête montre la forte exposition de ces hommes au VIH, alors même que l'épidémie parmi les Afro-Caribéens a longtemps été considérée comme quasi exclusivement hétérosexuelle. Ce même constat est partagé par les associations communautaires, comme Afrique Arc-en-ciel, qui ciblent les gays afro-caribéens dans leurs actions de prévention (16). Ces chiffres reflètent la forte incidence estimée du VIH chez les HSH, qu'ils soient nés en France (117/100 000) ou à l'étranger (177/100 000) (17).

Le recours au dépistage VIH des répondants est près de deux fois plus fréquent en 2016 qu'en 2011 (9). Si on ne peut pas exclure que ce recours ait augmenté depuis 2011 sous l'impulsion du dépistage communautaire, il est peu probable qu'il ait doublé entre les deux périodes dans la population. En effet, les choix faits dans AfroBaromètre 2016 en termes de recrutement ont certainement eu pour conséquence de capter une partie de la « file active » de dépistage communautaire d'Afrique Avenir. Quoi qu'il en soit, malgré ce recours élevé, une part des personnes testées séropositives méconnaissaient leur statut (8/21). De fait, il est probable que les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) (18) en faveur d'un dépistage annuel pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes soient insuffisantes pour au moins une partie d'entre elles, en particulier les hommes hétérosexuels. Dans notre enquête, cinq des neuf hommes hétérosexuels testés VIH positif ignoraient leur statut, alors même que trois d'entre eux avaient réalisé au moins un test dans les 12 derniers mois et que deux n'avaient jamais été testés (données non montrées). Un dépistage VIH pluriannuel pour les Afro-Caribéens pourrait être recommandé si l'on veut atteindre, comme pour les HSH, le premier objectif de l'Onusida (19).

La prévalence élevée de l'AgHBs était attendue et proche de celle estimée dans la population née en Afrique subsaharienne (5,25 %) en France en 2004 (4). L'infection VHB atteint essentiellement les personnes nées en Afrique subsaharienne et celles en situation de précarité socio-économique, à l'instar de ce que l'enquête ANRS-Parcours, réalisée auprès de personnes suivies en Île-de-France pour une hépatite B chronique, a montré (20).

L'insuffisance du recours au dépistage de l'hépatite B est marquée parmi les répondants : à peine plus de la moitié d'entre eux y ont eu recours, alors que le dépistage de l'hépatite virale B en France cible depuis le début des années 2000 les personnes nées en zones

d'endémicité VHB (21). Conséquence de ce sous-dépistage, 40 % des personnes infectées de notre enquête ne connaissaient pas leur statut, alors même qu'une prise en charge précoce est essentielle pour la prévention des complications hépatiques. L'amélioration de la stratégie de dépistage est donc un enjeu majeur. L'offre de dépistage doit être élargie au-delà des structures actuelles et la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) doit être favorisée, dans une approche combinant le dépistage du VIH à celui des hépatites B et C. Cette stratégie est d'ores et déjà recommandée par la HAS (18, 22) et est partiellement mise en œuvre depuis la mise à disposition des TROD VHC en 2014 (23).

Trop de personnes atteintes méconnaissent leur infection VHB, alors que la majorité d'entre elles avait été testée dans l'année, ce qui traduit une incompréhension de la réalité de la maladie chronique quand il n'y a pas de traitement. Cette situation n'est, en effet, pas toujours comprise des patients qui

considèrent que s'ils sont porteurs d'un virus, un traitement devrait leur être prescrit (24). Aussi, des efforts de simplification et de clarification des messages donnés lors des premières consultations médicales sont essentiels afin d'éviter la survenue de complications hépatiques de l'infection chronique VHB (cirrhose, décompensation de la cirrhose, carcinome hépatocellulaire).

## V. - CONCLUSION

L'AfroBaromètre 2016 montre que les populations afro-caribéennes restent prioritaires dans la lutte contre le sida. La prévalence observée parmi les HSH appelle à des mesures urgentes en direction de ces populations longtemps invisibilisées. Si l'arrivée des TROD VIH a permis d'accroître le dépistage dans ces populations, l'hépatite B est aussi un enjeu de santé publique majeur tant en termes de dépistage que de prise en charge.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm : ECDC ; 2016 : 132 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2015>
- (2) European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stockholm : ECDC ; 2016 : 96 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/epidemiological-assessment-hepatitis-b-and-c-among-migrants-eueea>
- (3) Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique, 23 mars 2017. [Internet]. <http://invs.santepublique.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Découvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
- (4) Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Décembre 2006 Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2006 : 176 p. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=4362](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362)
- (5) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Direction générale de la santé. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006. Paris : DGS ; 2004 : 64 p. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/progvihmigtotal.pdf>
- (6) Bertrand A, Carmantrand G, Chelli M, Cledjo I. Évaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, mis en œuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes au titre du programme prévu pour 2007-2008. Paris : Direction générale de la santé ; 2007 : 183 p.
- (7) Brutel C. La localisation géographique des immigrés. Insee Première. 2016 ; (1591) : 1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>
- (8) Afrique Avenir. Programme ZAC (Prévention sida, IST et hépatites auprès des populations d'origine africaine et caribéenne en France). Rapport d'activité 2015. Paris : Afrique Avenir ; 2016 : 104 p. <http://www.afriqueavenir.fr/wp-content/uploads/2016/09/RA-AA-2015.pdf>
- (9) Ndziessi G, Marsicano E, Lydié N. Afro-Baromètre Santé 2011. Enquête auprès des personnes africaines et caribéennes en Île-de-France. Paris : Afrique Avenir ; 2013 : 70 p. <http://www.afriqueavenir.fr/2015/05/04/publication-de-lafrobarometre-sante-2011/>
- (10) Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission : how to make them work better. *Lancet* 2008 ; **372** (9639) : 669-84.
- (11) Dhumeaux D. Éditorial. Les hépatites virales : une lutte sans relâche. *Bull Épidémiol Hebd* 2015 ; (19-20) : 328-9. [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10025](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10025)
- (12) Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, *et al.* Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – Prevagay 2015. *Bull Épidémiol Hebd* 2017 ; (18) : 347-54. [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10825](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10825)
- (13) Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, *et al.* Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. Prevagay 2009. *Bull Épidémiol Hebd* 2010 ; (45-46) : 464-7. [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=141](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=141)
- (14) Guedj H, Morin T. Population immigrée. In : Tavernier JL, (dir.). France – portrait social. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ; 2014 : 178-9. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288529>
- (15) Desgrees du Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A. Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée. In : Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris : La Découverte ; 2017 : 27-50.
- (16) AIDES. Table ronde autour de la santé sexuelle des hommes noirs homos et bis en France (Dossier de presse). Paris : AIDES ; 2017. <http://www.aides.org/actualite/black-pride-homosexuels-bisexuels-noirs-vih>
- (17) Bonnet F, Fischer H, Lert F, Lot F, Supervie V, Tattevin P, *et al.* Épidémiologie de l'infection à VIH en France. In : Morlat P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites (ANRS) ; 2017 : 26 p. <https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih-epidemiolo.pdf>
- (18) Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis : HAS ; 2017 : 41 p. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-linfection-a-vih-en-france](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-linfection-a-vih-en-france)
- (19) ONUSIDA. En finir avec le sida. Progresser vers les cibles 90-90-90. Synthèse. Genève : ONUSIDA ; 2017 : 24 p. [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/20170720\\_Global\\_AIDS\\_update\\_2017](http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017)
- (20) Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, *et al.* Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. *Bull Épidémiol Hebd* 2015 ; (19-20) : 339-47. [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10027](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10027)
- (21) Haute Autorité de santé. Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Paris : HAS ; 2016. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandation\\_place\\_des\\_tests\\_rapides\\_dorientation\\_diagnostique\\_trod\\_dans\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_de\\_lhepatite\\_b.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandation_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf)
- (22) Jeanblanc G. Recommandation de la Haute Autorité de santé (France) pour le dépistage biologique des hépatites virales B et C. BEHWeb. 2011 ; (1). [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=9531](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9531)
- (23) Haute Autorité de santé. Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Paris : HAS ; 2014. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place\\_des\\_trod\\_dans\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_de\\_vhc-rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc-rapport.pdf)
- (24) Pourette D, Dalsheimer L. VIH et hépatite B chronique chez des migrants subsahariens : des prises en charge différentes affectant le rapport aux soins, les attentes et les recours des patients. In : Desprès C, Gottot S, Mellerio H, Teixeira M, (dir.). Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques. Paris : Éditions des archives contemporaines ; 2016 : 175-96. <http://www.parcours-sante-migration.com/?-Publications-&lang=fr>