Bull. Soc. Path. Ex.,
88, 1995, 24-28

Mots-clés : VIH, Sida, Réfugiés, Tuberculose, Afrique noire, Parasitoses, Paris.

Key-words: HIV, AIDS, Refugees, Tuberculosis, Black Africa, Parasitosis, Paris.

Santé publique

ÉTUDE D'UNE POPULATION D'ORIGINE TROPICALE, VIH POSITIVE, DANS UN CENTRE DE RÉFUGIÉS EN FRANCE

Par P. BOURÉE (1), P. LAMOUR (2), F. BISARO (1) & E. DIDIER (2) (3)

Analysis of a positive HIV tropical population in a center for refugees in France.

Summary: *The study describes HIV positive refugee patients, who were seen over a 3 years period at COMEDE, a dispensary for foreign nationals. COMEDE offered a HIV test to every patient, and it followed up on the disease and its prevention. Out of 5 234 tests, 328 were positive (6.3 %). Less than 5 % of the patients refused the test. All the patients returned for the result; 88.4 % were African and 11.3 % Haitian. The mean age was 31.5 years. The male/female sex ratio was 1.28. In this study, 94.5 % of the HIV patients were HIV1, 3 % HIV2 and 2.5 % carried both strains; 78 % were asymptomatic, 7 % had ARC and 12.5 % had AIDS. The prevalence of tuberculosis was high (10.6 %), especially for AIDS patients (65 %); Treponematosis prevalence was 13 % and toxoplasmosis was 62.8 %; 40 % had intestinal parasites. 36.4 % of the women became pregnant during the study; 41 % of the pregnancies were terminated, while 27 % went full term. The proportion of missing patients after 6 months was high (57 %) because of numerous factors which prevented them from returning. This study shows the importance of proposing a HIV test to this immigrant population, although follow-up is difficult, due to social and economic factors.*

Résumé : *Cette étude décrit une population de réfugiés, séropositifs au VIH, ayant consulté pendant une période de 3 ans au COMEDE (Comité Médical pour Exilés). Le COMEDE a proposé une sérologie VIH à tout patient, suivi les malades et participé à la prévention. Sur 5 234 tests réalisés, 328 étaient positifs, soit 6,3 % des sujets prélevés. Moins de 5 % des patients avaient refusé le test et pratiquement tous étaient venu chercher les résultats; 88,4 % des patients étaient Africains et 11,3 % Haïtiens. La moyenne d'âge était de 31,5 ans, avec un sex ratio de 1,28 en faveur des hommes; 94,5 % des patients séropositifs présentaient des profils sérologiques spécifiques du VIH1, 3 % du VIH2 et 2,5 % des VIH1 et 2. Parmi ces sujets, 78 % étaient asymptomatiques, 7 % étaient ARC, et 12,5 % étaient déjà au stade de sida. La prévalence de la tuberculose était élevée (10,6 %), en particulier pour les sidéens (65 %). La prévalence de la tréponématose était de 13 %, celle de la toxoplasmose était de 62,8 %; 40 % des patients avaient des parasites intestinaux; 36,4 % des femmes ont été enceintes au cours de leur suivi; 41 % d'entre elles ont avorté, et 27 % ont mené à terme leur grossesse. La proportion de perdus de vue au-delà de 6 mois s'est élevé à 57 %, de nombreux facteurs entravant leur accès aux soins. Cette étude montre l'importance de la proposition du test de dépistage à cette population étrangère, bien que le suivi soit difficile en raison de la précarité de la situation sociale de ces patients.*

INTRODUCTION

Un nombre toujours plus important de personnes fuient leur pays à la suite de troubles politiques et cherchent refuge dans les pays voisins, voire en Europe. Mais ces personnes considérées comme « demandeurs d'asile » ont une situation administrative difficile, n'ayant ni visa touristique, ni statut de « réfugié politique », ce dernier n'étant obtenu, difficilement, qu'après une enquête de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) au bout de plusieurs mois. Or pendant ce laps de temps, ils n'ont aucune prise en charge en cas de problèmes médicaux.

C'est dans ce but qu'a été créé le COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) en 1979, organisme humanitaire pour l'accueil médico-psychosocial de ces sujets, sous l'égide de 3 organismes : le CIMADE (Comité Intermouvement Auprès Des Évacués), le GAS (Groupe d'Accueil Solidarité) et la section française d'Amnesty International. L'activité annuelle du COMEDE est d'environ 8 000 patients et de plus de 23 000 consultations.

Le but de ce travail est d'évaluer les aspects cliniques et biologiques des sujets positifs pour le VIH dans une telle population, afin de souligner l'importance de la prise en charge de ces patients.

(1) Département des Maladies parasitaires et tropicales,
(2) Comité médical pour les Exilés, Hôpital Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Kremlin-Bicêtre, France.
(3) Manuscrit n° 1595. Accepté le 31 janvier 1995.

MALADES ET MÉTHODES

Une étude a été réalisée pendant 3 ans sur les sujets séropositifs dépistés lors des consultations du COMEDE. Pour chaque patient, ont été notés l'origine géographique, le sexe, l'âge, le niveau scolaire (0 : absence de scolarité, 1 : scolarité primaire, 2 : études supérieures), ainsi que le délai entre l'arrivée en France et la consultation au COMEDE. Concernant la séropositivité, ont été recherchés les anticorps anti-VIH1 ou anti-VIH2 (par méthode Elisa avec une confirmation par Western-blot en cas de positivité), le stade clinique (asymptomatique ou sida confirmé), les examens biologiques (NFS, CD4, vitesse de sédimentation), examens parasitologiques des selles et des urines, sérologie de tréponématose (TPHA-VDRL) et de toxoplasmose, ainsi qu'une radiographie thoracique (5).

Les traitements proposés ont été l'AZT, les antituberculeux, les antiviraux (type Zovirax®), une antibiothérapie, et une chimioprophylaxie. Un suivi postdiagnostique a été tenté. Enfin, une attention particulière a été portée aux femmes enceintes.

RÉSULTATS

Sur 5 234 sérologies pratiquées, 328 tests se sont révélés positifs, soit une séroprévalence de 6,3 % sur les sujets prélevés, ou de 2,4 % de l'ensemble des consultants (plus de 13 000).

Tab. I. — Répartition selon les nationalités et régions géographiques.

Continent	Pays	Nombre de cas
Afrique	Angola	36
	Burkina Faso	7
	Centrafrique	1
	Congo	12
	Côte d'Ivoire	12
	Ghana	11
	Guinée Bissau	14
	Guinée Conakry	10
	Mali	8
	Mauritanie	3
	Nigéria	1
	Sénégal	1
	Tchad	1
	Togo	1
	Zaïre	164
	Total	282
Amérique	Colombie	2
	Haïti	34
	Total	36
Asie	Bangladesh	1
TOTAL		319

VIH

La plupart des patients étaient originaires d'Afrique (principalement Zaïre et Angola) (tableau I). Le diagnostic a été fait dans la majorité des cas dans les 6 mois ayant suivi leur arrivée en France (tableau II). 94 % des sujets étaient positifs pour le VIH1, 10 sujets étaient positifs pour le VIH2, et 8 sujets étaient positifs pour les 2 sérotypes VIH1 et 2, ces 18 sujets étant originaires de l'Afrique de l'Ouest. La tranche d'âge de 30-39 ans était la plus représentée (tableau III), avec une moyenne d'âge de 31,5 ans (de 21 à 55 ans), avec une légère majorité d'hommes (sex ratio H/F de 1,28). La moitié des sujets était scolarisée (52 %) et 11,7 % des hommes avaient fait des études supérieures, contre 5,7 % chez les femmes.

D'après le stade clinique, 36 % étaient asymptomatiques (groupe II), 41 % avaient une polyadénopathie (groupe III), 7 % étaient au stade ARC (groupe IV B, C1 et D) et 13 % avaient un sida confirmé (groupe IV A, C2 et E) (7). Concernant la répartition par origine géographique, 25 % des sujets originaires du continent américain étaient au stade

Tab. II. — Délai du diagnostic par rapport à l'arrivée en France et à la date de 1re consultation.

	diagnostic /entrée		diagnostic /consultation	
Délai	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
0 - 3 mois	145	52,7	262	95,3
3 - 6 mois	62	22,5	5	1,8
6 -12 mois	23	8,4	1	0,4
> 12 mois	45	16,4	7	2,5
Total	275	100	275	100

Tab. III. — Répartition de la population par tranche d'âge.

Tranche d'âge	0-20	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Nombre de cas	0	130	165	22	2	319

Tab. IV. — Répartition des stades cliniques selon le type sérologique.

HIV	HIV 1		HIV 2		HIV 1 + 2	
Stades	**Nbre**	**%**	**Nbre**	**%**	**Nbre**	**%**
Asymptomatique	111	36	7	70	2	25
Adénopathies	129	41	3	30	3	37,5
ARC	22	7	0	0	2	25
SIDA	40	13	0	0	0	0
Inconnu	8	3	0	0	1	12,5
TOTAL	310	100	10	100	8	100

de sida, contre 11 % parmi les sujets originaires d'Afrique. Aucun patient positif pour le VIH2 n'était au stade de sida confirmé (tableau IV). L'étude de l'hémogramme montrait une lymphopénie inférieure à 1 500 éléments/mm³ et un taux de CD4 inférieur à 500/mm³ chez 70 % des sujets.

Autres pathologies

Les examens parasitologiques des selles étaient positifs chez 40 % des sujets (dont 85 % des Africains), révélant des anguillules, ankylostomes, amibes et ascaris (4) pour lequel ils ont reçu un traitement adapté (16).

Par ailleurs, 13 % des patients avaient une sérologie de tréponématose positive, dont 17,3 % chez les hommes, et 7,8 % chez les femmes. Enfin, 23 % avaient une anomalie constatée à la radiographie pulmonaire, mais 3,4 % avaient une intra-dermo réaction phlycténulaire.

DISCUSSION

VIH

Parmi les patients étudiés, on remarque l'absence de représentants des pays de l'Est, en raison du faible nombre de consultants de ces pays au COMEDE, et à la prévalence relativement faible du VIH dans cette partie du monde. De même, les Asiatiques sont peu nombreux. En effet, d'une part, les patients originaires de Sri-Lanka, d'ethnie tamoul, consultant pourtant en grand nombre (19 % des consultants en 1992), ont un énorme problème linguistique, et d'autre part, les réfugiés d'Asie du Sud-Est sont pris en charge par d'autres structures comme France Terre d'Asile. De ce fait, 88 % des patients inclus dans ce travail sont originaires d'Afrique noire (surtout le Zaïre 51 % et l'Angola 11 %), ou de Haïti (10 %).

La prévalence de la séropositivité globale concernant le VIH chez les consultants du COMEDE est de 2,4 %, ce qui est relativement faible, compte tenu de la population concernée, venant essentiellement des grandes villes africaines, où la séroprévalence est nettement plus élevée : 14 % au Zaïre (26), 17 % en Centrafrique (20), 24 % en Tanzanie (15).

94,5 % de nos patients sont séropositifs pour le VIH1, 3 % pour le VIH2, soit 10 patients, dont 7 sont originaires de Guinée-Bissau où la prévalence pour ce virus est élevée (10, 17, 21), et 2,5 % ont une séropositivité mixte, soit 8 patients dont 6 sont originaires d'Afrique de l'Ouest, la positivité mixte étant fréquente en Côte-d'Ivoire (12).

L'âge moyen de 31,5 ans correspond à des adultes ayant une certaine activité politique et ayant dû fuir leur pays pour ce motif. La contamination est essentiellement hétérosexuelle (2, 6, 20). La notion d'injection est souvent notée, mais aucune notion d'homosexualité ni de toxicomanie n'a été retrouvée. De ce fait, le sex ratio H/F est proche de l'unité, contrairement à l'Europe où il est de 7,7/1 et aux États-Unis où il est de 10/1 (14).

D'après l'étude des stades cliniques décrits ci-dessus, la majorité de nos patients étant à un stade peu avancé, semble traduire le fait qu'ils auraient été contaminés récemment. Les 10 patients séropositifs pour le VIH2 étaient asymptomatiques, ce qui correspond à la pathogénicité plus faible de ce virus (22, 25).

La grossesse chez les femmes séropositives mérite une attention particulière (18, 24). Les femmes enceintes représentent 36,4 % de la population féminine étudiée, et concernent essentiellement les Zaïroises et les Angolaises, avec une moyenne d'âge de 29,1 ans. La plupart sont asymptomatiques. La prévalence moyenne de l'infestation par le VIH chez les femmes en âge de procréer en Afrique est de 2,5 % (9).

Dans notre étude, 30 % des femmes enceintes ont été perdues de vue, 43 % ont eu recours à l'interruption volontaire de grossesse et 27 % ont poursuivi leur grossesse. Le bilan biologique a montré un taux moyen d'hémoglobine de 10,56 g/l, semblable à celui des femmes non enceintes; 31 % avaient une lymphopénie inférieure à 1 500/mm³ et 50 % avaient une thrombopénie comprise entre 50 000 et 200 000 plaquettes/mm³. Vingt-quatre patientes ont pu avoir un dosage des CD4 : 12 avaient un chiffre supérieur à 500, 6 entre 200 et 500, et 3 en avaient moins de 200. La contraception est difficile à expliquer aux femmes africaines, et les préservatifs sont mal acceptés pour des raisons socio-culturelles (11).

Autres pathologies

Sur le plan biologique, l'anémie est rare, le taux moyen d'hémoglobine étant de 11,9 g/dl. Une lymphopénie (< 1 500/mm³) est constatée chez 1/3 des patients, 65 % d'entre eux ayant des CD4 inférieurs à 500/mm³ et 35 % inférieurs à 200/mm³. Mais tous les sujets ont une vitesse de sédimentation accélérée.

La séroprévalence de la toxoplasmose est relativement faible, seulement 63 % des patients ayant des anticorps résiduels, ce qui incite aux conseils d'hygiène alimentaire.

40 % de ces sujets ont des parasites intestinaux, ce qui ne diffère pas de la population générale de ces régions, d'où l'intérêt des dépistages parasitaires.

La prévalence de la tuberculose est de 10,6 %, chiffre relativement faible par rapport aux estimations identiques africaines variant de 25 à 50 % (1, 3). Les sujets tuberculeux étaient récemment arrivés en France (moins de 3 mois), et avaient consulté pour un mauvais état général. Ce court délai correspond probablement à une contamination dans le pays d'origine.

Ont été ainsi retrouvés 24 cas dus à *Mycobacterium tuberculosis* et 3 cas à des *Mycobacterium* atypiques. L'extension de la tuberculose dans les pays tropicaux pose actuellement un grave problème de santé publique (23), d'autant plus que 80 % des 5 millions estimés de sujets co-infestés par *M. tuberculosis* et le VIH sont des Africains (13).

Cependant la tuberculose pulmonaire chez le sujet séropositif pour le VIH est peu bacillifère, et les recherches de BK restent négatives dans de fortes proportions : 80 % au Congo (8).

Enfin, parmi les sujets ayant évolué jusqu'au stade de sida confirmé, dont 75 % d'hommes, la tuberculose est l'affection la plus courante (tableau V), et la pneumocystose est assez rare, comme c'est souvent le cas en Afrique (1), alors qu'elle constitue la principale infection opportuniste en Europe et aux États-Unis (8). Sur le plan biologique, 55,6 % ont une lymphopénie inférieure à 1 500, avec pour tous moins de 500 CD4 (17,4 % ont moins de 200 CD4). Aucune thrombopénie n'a été constatée, et 78 % ont une hémoglobine à moins de 12 g/dl, dont 16 % à moins de 9 g/dl; 90 % de ces sujets ont été traités par AZT, 85 % ont reçu une chimioprophylaxie (Bactrim®, Pentacarinat®, Malocide®, Adiazine®) et 67 % des antituberculeux.

Tab. V. — Affections constatées chez les patients, au stade de sida.

Affection	Nombre	Localisation
Tuberculose	20	7 pulmonaires 5 ganglionnaires 8 disséminées
Zona	9	cutanés
Toxoplasmose	7	cérébrales
Candidose	5	buccales
Isosporose	5	digestives
Cryptococcose	4	méningées
Pneumocystose	2	pulmonaires

Mais toute la difficulté réside dans le suivi de ces patients. En effet, 57 % sont perdus de vue en raison de nombreux facteurs socio-administratifs. Cependant, on remarque que plus la maladie est à un stade avancé, meilleur est le suivi médical : 22 % du groupe asymptomatique, 36 % du groupe adénopathies, 77 % du groupe ARC et 100 % des sujets au stade de sida.

En conclusion, cette étude a permis de retrouver, chez les populations réfugiées, des caractères épidémiologiques proches de ceux des grandes villes africaines avec une séroprévalence moyenne du VIH de 6,3 %. Aussi le test de dépistage du VIH est-il utile dans cette population réfugiée, venant de zones de haute endémicité, ainsi qu'un bilan parasitaire. Le rôle du COMEDE est donc important concernant la prévention et l'éducation sanitaire de cette population au contexte socio-culturel parfois difficile et privée de protection sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abouya (L.), Beaumel (A.), Lucas (S.) *et al.* — *Pneumocystis carinii:* an uncommon cause of death in African patients with AIDS. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1992, **145**, 617-620.
2. Biggar (R. J.). — The AIDS problems in Africa. *Lancet*, 1986, **1**, 79-82.
3. Boguikouma (J. B.), Perret (J. L.), Audeguy (Ph.), Moussavou-Kombila (J. B.), Ditsanbou (V.) & Nguemby Mbina (C.). — Séroprévalence des anticorps anti-VIH dans une population de malades tuberculeux au Gabon. A propos de 43 cas. *Méd. Afr. noire*, 1993, **40**, 539-542.
4. Bourée (P.). — Principaux aspects du sida tropical. *Sidalerte*, 1992, **15-16**, 14-16.
5. Bourée (P.). — Les examens complémentaires du sida. *Monographie Pfizer*, 1994, 60 p.
6. Carael (M.), Van de Perre (P.), Lepage (P.) *et al.* — HIV transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, **2**, 201-205.
7. Center for Diseases Control-Classification for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *Morb. Mort. Wkly Rep.*, 1987, **36**, 3S-15S.
8. Cheval (P.), Kinzonzi (P.) & Allaert-Cheval (C.). — Principales manifestations cliniques au cours de la maladie due au virus de l'immunodéficience (VIH) à Pointe-Noire (Rép. du Congo). *Méd. Trop.*, 1993, **53**, 225-239.
9. Chin (J.). — Current and future dimensions of HIV/AIDS pandemic in women and children. *Lancet*, 1990, **336**, 221-224.
10. Clavel (F.), Mansinho (K.), Chamaret (S.) *et al.* — HIV type 2 infection associated with AIDS in West Africa. *N. Engl. J. Med.*, 1987, **316**, 1180-1185.
11. Coulaud (J. P.), Pradinaud (R.) & Liautaud (B.). — Les problèmes posés par l'infection à virus VIH chez les femmes en zone tropicale. *Méd. Trop.*, 1987, **47**, 279-284.
12. De Cock (K. M.), Porter (A.), Odehouri (K.) *et al.* — Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast. *Lancet*, 1989, **2**, 408-411.
13. De Cock (K.). — Tuberculose et VIH. *Sidalerte*, 1994, **30**, 9-12.
14. Hankins (C. A.). — Issues involving women, children and AIDS primarily in the developed world. *J. AIDS*, 1990, **3**, 443-444.
15. Killemo (J.), Nyamuryekunge (K.), Sandstrom (A.) *et al.* — Prevalence of HIV infection in Kagera region of Tanzania: a population based study. *AIDS*, 1990, **4**, 1081-1085.
16. Lamour (P.), Bourée (P.), Hennequin (C.), Lombrail (P.), Squinazi (F.), Roussel (C.) & Brodin (M.). — Traitement à l'aveugle ou traitement orienté des parasitoses intestinales dans un centre parisien de soins pour exilés. *Cahiers Santé*, 1994, **4**, 21-26.
17. Lemardeley (P.). — Compte rendu sur la VI[e] Conférence Internationale sur le sida (Dakar, 16 au 19 décembre 1991). *Méd. Trop.*, 1992, **52**, 201-204.
18. Maiga (M. A.), Turcotte (F.), Doucoure (A.), Sanogo (B.), Sidibe (D.) & Dicko (I. S.). — Séroprévalence des anticorps contre le virus de l'immunodéficience (VIH), chez les femmes enceintes de Bamako et de Sélingué. *Méd. Afr. noire*, 1992, **39**, 94-98.

19. MANN (J. M.), NZILAMBI (N.), PICOT (P.) *et al.* — HIV infection and associated risk factors in female prostitute in Kinshasa. *AIDS,* 1988, **2,** 249-254.
20. MATHIOT (C.), LEPAGE (C.), GEORGES-COURBOT (M. G.) & GEORGES (A.). — HIV seroprevalence and male to female ratio in Central Africa. *Lancet,* 1990, **335,** 672.
21. NAUCLER (A.), ANDREASSON (P. A.), COSTA (C. M.), THORSTENSSON (R.) & BIBERFELD (G.). — HIV2 associated AIDS and HIV2. Seroprevalence in Bissau, Guinea Bissau. *J. AIDS,* 1989, **2,** 88-93.
22. PÉPIN (J.), MORGAN (G.), DUNN (D.), GEVAOS (S.) *et al.* — HIV2 induced immuno suppression among asymptomatic West African prostitutes evidence that HIV2 is pathogenic, but less than HIV1. *AIDS,* 1990, **10,** 1165-1172.
23. PITCHNIK (A.). — Tuberculosis control and the AIDS in developping countries. *Ann. Intern. Med.,* 1990, **113,** 89-90.
24. REMY (G.). — Image géographique des infections à VIH Afrique de l'Ouest. Faits et interrogations. *Méd. Afr. noire,* 1993, **40,** 81-95.
25. SORO (B. N.), GERSHY-DAMET (G. M.) & REY (J. L.). — La pathogénicité du virus de l'immunodéficience humaine VIH2 vue par des épidémiologistes. *Méd. Trop.,* 1993, **53,** 45-53.
26. WELO (K.), ALMAVIVA (M.), MAGANGA (W.) *et coll.* — Séroprévalence du HIV au Zaïre. Analyse chez 1 404 sujets. *Presse Méd.,* 1991, **20,** 1717-1719.