



HAL
open science

La perception des médecins généralistes sur le dépistage du VIH chez le migrant d'Afrique noire et du Maghreb : étude dans la région de la Haute-Normandie

Ismael Nguematcha Tchologheu

► **To cite this version:**

Ismael Nguematcha Tchologheu. La perception des médecins généralistes sur le dépistage du VIH chez le migrant d'Afrique noire et du Maghreb : étude dans la région de la Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01084326

HAL Id: dumas-01084326

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01084326>

Submitted on 19 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE ROUEN**

Année 2014

N°

THÈSE DE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

**Spécialité : Médecine Générale par
Ismael NGUEMATCHA TCHOLAGHEU**

né le 14/06/1983 à Yaoundé, CAMEROUN

présentée et soutenue publiquement le 02/10/2014

**La perception des Médecins Généralistes sur le Dépistage
du VIH chez le migrant d'Afrique noire et du Maghreb,
étude dans la région de la Haute Normandie**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-loup Hermil

Directeur de thèse: Monsieur le docteur Pascal BOULET

JURY :

Monsieur le Pr Jean Christophe Plantier, service de virologie, CHU de Rouen

Monsieur le Pr Emmanuel Lefebvre, DUMG, Université de Rouen

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET

- H. PIGUET- C.THUILEZ

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. M-P.AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -

M.BENOZIO - J.BORDE - Ph.BRASSEUR - R.COLIN -

E.COMOY - J.DALION - P.DESHAYES - C.FESSARD

J.P.FILLASTRE - P.FRIGOT - J.GARNIER - J.HEMET

B.HILLEMAND - G. HUMBERT -

J.M.JOUANY - R. LAUMONIER - Ph.LAURET-

M.LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE-

Mlle MAGARD - MM. B.MAITROT - M.MAISONNET -

F.MATRAY - P.MITROFANOFF -

Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET -

M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS –

J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -TESTART-

J.M. THOMINE - C.THUILLEZ - P.TRON -

C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéphan DARMONI	HCN	Informatique Médicale / Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique / Médecine – Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	HCN	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile

M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie-Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEGER	HCN	Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie

Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elisabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAÎTRES DE CONFERENCE

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité INSERM 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité INSERM 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie
Mme Su RUAN	Génie informatique

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairais les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail en tout premier à mes parents, sans qui rien de tout ceci n'aurait été possible.

J'ai une pensée aussi pour toute ma famille, ainsi que pour tous les êtres qui me sont chers :

mes frères et sœurs,

la famille Claude Djomo qui m'a accueilli à mon arrivée en France, M. Roger Nguematcha qui est à la source de ma vocation médicale, M. Henri Djeumo, M. Michel Ngandeu, tata Rachel, la famille Tchamaket, la famille Tchawa, la famille Tchawé, la famille Nguessitcheu, la famille Tenawa, M. Alain Meggiato, Mme Thérèse Silatsa, tata Sabine, la famille Emmanuel Nguematcha, le Dr Akpéné Fred, Mme Nasseri,

Myriam, Jérôme et Jean Paul, Pierre-Alain, Jean Fabrice, Antoine et Sophie, Willy, Ghislaine.

Je tiens à remercier tous ceux qui tout au long de mon parcours ont su me transmettre l'amour de ce métier en particulier feu le professeur Claude Faure, les professeurs Jacques Belghiti et Jean Michel Molinas.

Je remercie chaleureusement le Dr Pascal Boulet pour avoir encadré ce travail et dont la patience et l'expérience auront été un stimulus renouvelé.

Enfin tous mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté de donner leur appréciation sur ce travail.

SOMMAIRE

Introduction	14
I) Intérêt du sujet.....	15
II) Quelques définitions	17
La problématique du VIH chez le migrant africain en France.....	20
I) Epidémiologie du VIH	21
1 – En Afrique	21
2 – Dans l’Union Européenne	23
3 – En France et en Haute-Normandie.....	23
a) Le VIH en France	23
b) Le VIH en Haute-Normandie.....	24
II) La migration africaine.....	25
1 – Dans l’Union Européenne	25
2 – En France et en Haute-Normandie.....	25
III) Les généralistes en Haute-Normandie.....	26
IV) Le dispositif actuel de dépistage du VIH en France.....	27
1 – Les lieux du dépistage.....	27
2 – Les modalités du dépistage	27
V) Le VIH et le migrant africain, en France et dans l’Union Européenne	30
Matériel et méthode	32
I) Méthode et population.....	33
II) Guide d’entretien	33
Résultats	35
I) Caractéristiques de la population.....	36
II) Des généralistes qui soignent des migrants africains, la nécessité médicale de bien connaître son patient migrant	37
III) Perceptions du VIH chez les migrants africains	38
1 – Le migrant africain, reconnu par les généralistes, comme un groupe à risque pour le VIH	38
2 – Une incidence du VIH en France chez le migrant mal connue	39
IV) Le dépistage du VIH en pratique chez les migrants africains	41
1 – Un dépistage orienté.....	41
2 – Des freins au dépistage chez les médecins.....	41
3 – Des freins au dépistage chez les migrants.....	43

4 – Le dépistage dans des situations particulières.....	44
a) Comportements à risque.....	44
b) Patient homosexuel.....	45
c) Projet de mariage.....	45
d) Retour du pays natal après un séjour prolongé.....	45
e) Grossesse.....	46
f) IVG (interruption volontaire de grossesse).....	46
g) Contraception.....	46
h) VIH connu chez un membre de l’entourage.....	47
i) Symptôme évocateur d’infection opportuniste.....	47
j) IST, hépatite B ou C, tuberculose.....	47
5 – Le refus du dépistage par le migrant, une exception.....	48
6– Le statut sérologique plus souvent connu chez les femmes migrantes que chez les hommes migrants.....	49
7 – Utiliser un traducteur, un intérêt limité.....	50
8 – L’annonce du résultat.....	50
a) Le résultat positif.....	50
b) Le résultat négatif.....	52
V) Quelques spécificités du migrant africain en médecine générale.....	53
VI) Formation des généralistes sur le VIH.....	54
VII) Les généralistes et les recommandations de l’HAS sur le dépistage du VIH.....	55
1 – Le dépistage systématique du VIH, un changement méconnu des généralistes.....	55
2 – Le dépistage systématique du VIH, une mise en application difficile.....	56
3 – Les propositions des généralistes pour améliorer le dépistage.....	57
Discussion.....	59
I) Analyse critique de l’étude.....	60
1 – Qualités de l’étude.....	60
2 – Limites de l’étude.....	60
II) Discussion des principaux résultats.....	61
III) Perspectives.....	64
Conclusion.....	67
Grille thématique.....	69
Bibliographie.....	70
Annexes.....	74
Guide d’entretien.....	75
Entretiens médicaux réalisés.....	77

INTRODUCTION

I) Intérêt du sujet

Le VIH reste une pandémie majeure depuis son apparition au début des années 1980 jusqu'à nos jours. La région de l'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut à cette maladie tant en terme de mortalité, que de réduction de l'espérance de vie, surtout dans la couche de population la plus active économiquement. (1)

Le dépistage, surtout s'il est fait de manière précoce, reste la première étape du traitement et participe à la prévention de cette maladie.

Dès l'instauration en France du dépistage du VIH en 1985, les autorités sanitaires ont veillé à prévenir toute stigmatisation d'une catégorie de la population. Le VIH était alors associé aux patients Homosexuels, Haïtiens, Héroïnomanes ou Hémophiles (les 4H).

Il a donc été précisé des règles pour le dépistage du VIH : l'obligation de recueil du consentement éclairé du patient, le respect de la confidentialité, la nécessité d'une information-conseil adaptée à chaque patient ou counselling; Mais aussi l'importance du volontariat et d'une démarche individuelle de la part du patient. (2)

En 2009, il y a eu un changement dans la stratégie de dépistage du VIH en France, au regard notamment du retard au dépistage.

En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande désormais un dépistage systématique du VIH entre 15 et 70 ans; Ainsi qu'un dépistage annuel chez les patients multi-partenaires originaires d'Afrique sub-saharienne. (3)

Le dernier rapport d'experts sur le VIH, quant à lui, publié en 2013, propose de revenir à un dépistage ciblé vers les populations les plus à risques pour le VIH, notamment les personnes migrantes originaires d'Afrique Sub-saharienne. (4)

Etant nous-mêmes migrant originaire d'Afrique sub-saharienne, nous avons observé dans notre entourage familial en France une connaissance largement incomplète sur cette maladie, ses modes de transmission, sa prévention ou encore son traitement.

Par ailleurs, la question du dépistage du VIH, depuis notre arrivée en France, ne nous avait personnellement interpellé que lorsque nous avons eu des accidents d'exposition au sang dans le cadre de notre activité hospitalière.

Les données actuelles de la littérature révèlent la forte incidence du VIH dans la population migrante en France, plus particulièrement chez le migrant d'Afrique subsaharienne, ainsi que l'importance des cas de diagnostics tardifs pour cette maladie. (6)

Cette incidence forte du VIH chez les migrants africains en France est-elle connue des médecins généralistes? Font-ils un dépistage systématique du VIH chez leurs patients ? Quelles sont leurs difficultés à faire un dépistage systématique ?

L'ensemble de ces éléments motive l'intérêt sur la perception du dépistage du VIH dans la population migrante africaine par les médecins généralistes en région Haute Normandie.

II) Quelques définitions

Le **dépistage**, selon l'OMS consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Le dépistage rentre dans le cadre d'une démarche de prévention secondaire.

Le **dépistage systématique** traduit que le test est proposé systématiquement et tout patient est informé que le test sera réalisé sauf s'il mentionne son refus.

La **prévention secondaire** vise à réduire la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée de la maladie.

Le terme **immigré**, selon l'INSEE, désigne une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Cette personne peut avoir acquis secondairement la nationalité française.

Un **migrant ancien** désigne un immigré présent en France depuis au moins 5 ans.

Le **VIH** désigne le Virus de l'Immunodéficience Humaine. Il s'attaque au système immunitaire et le détruit ou le rend inefficace. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

La **fenêtre sérologique** est la période allant du moment de la contamination par le VIH jusqu'à celui où le système immunitaire commence à produire un nombre détectable d'anticorps

Le stade **SIDA** ou Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Il est défini par l'apparition de certains cancers, infections ou manifestations cliniques sévères.

Le taux de **CD4** désigne le dosage des lymphocytes T CD4+, un type de globule blanc. Ce dosage régulier intervient dans le suivi du VIH, notamment pour savoir le niveau d'immuno-dépression d'un patient ou sa réponse au traitement

Le **test de dépistage rapide** ou TDR correspond à un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur sang total, salive, plasma ou sérum en fonction de la (des) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

Le **test ELISA combiné** désigne un test de dépistage permettant la détection simultanée des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 et de l'antigène p24.

Un **auto-test** est un TDR pour lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation des résultats sont réalisés par l'individu lui-même. Son utilisation est recommandée par le CNS depuis Décembre 2012.

Les **IST** désignent les Infections Sexuellement Transmissibles, un groupe très hétérogène tant dans sa présentation clinique que dans sa gravité. On peut citer le VIH, l'hépatite B, l'infection à Chlamydiae, la syphilis mais aussi l'infection à Papillomavirus, l'herpès, la gonococcie ou encore des IST des zones d'endémie tropicales telles le chancre mou ou la lympho-granulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas Favre.

Le **PASS** désigne la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, structure hospitalière chargée d'assurer la prise en charge sanitaire des personnes en difficulté sociale, à savoir les personnes sans droit administratif à la sécurité sociale et les personnes démunies, à l'instar des personnes confrontées au chômage, à la pauvreté ou à la perte de leur logement.

Le **CDAG** désigne le Centre pour le Diagnostic Anonyme et Gratuit, dont l'existence n'est pas toujours connu des migrants, surtout ceux en situation de précarité.

Le **CIDDIST** désigne le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles. C'est une structure souvent regroupé avec un CDAG.

L'**ARS** est l'Agence Régionale de Santé, qui est chargée de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région.

Le **COREVIH** est la Coordination Régionale de lutte contre l'infection à VIH, cadre chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection par le VIH au niveau régional.

Le **CNS** désigne le Conseil National du SIDA, organe consultatif chargé d'émettre des avis et des recommandations sur les questions posées par le VIH/sida à la société, aussi bien en matière de politiques publiques que du respect des principes éthiques et des droits des personnes.

Le **COMEDE** désigne le Comité Médical pour les Exilés qui intervient dans la prise en charge sanitaire des migrants. C'est l'une des principales associations d'aide aux migrants.

La **CMU** désigne la Couverture Maladie Universelle. Elle assure une protection sociale pour les soins de santé aux personnes disposant d'un faible niveau de revenus.

L'**AME** désigne l'Aide Médicale d'Etat. C'est une protection sociale pour les soins de santé pour les personnes étrangères en situation irrégulière de séjour et sans ressource financière, justifiant d'un séjour d'au moins 3 mois en France.

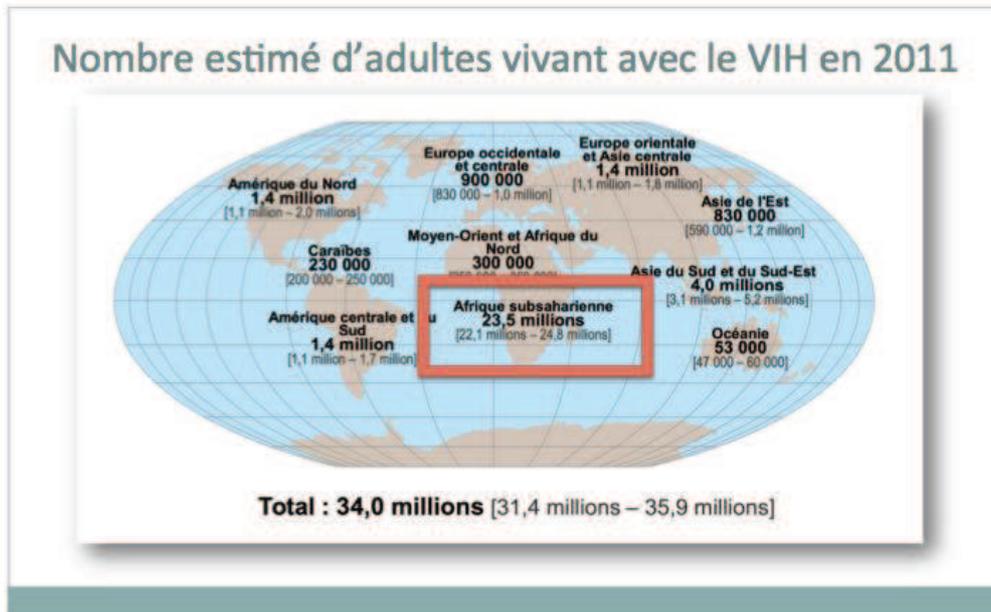
**LA PROBLÉMATIQUE DU VIH
CHEZ LE MIGRANT AFRICAIN EN FRANCE**

I) Epidémiologie du VIH

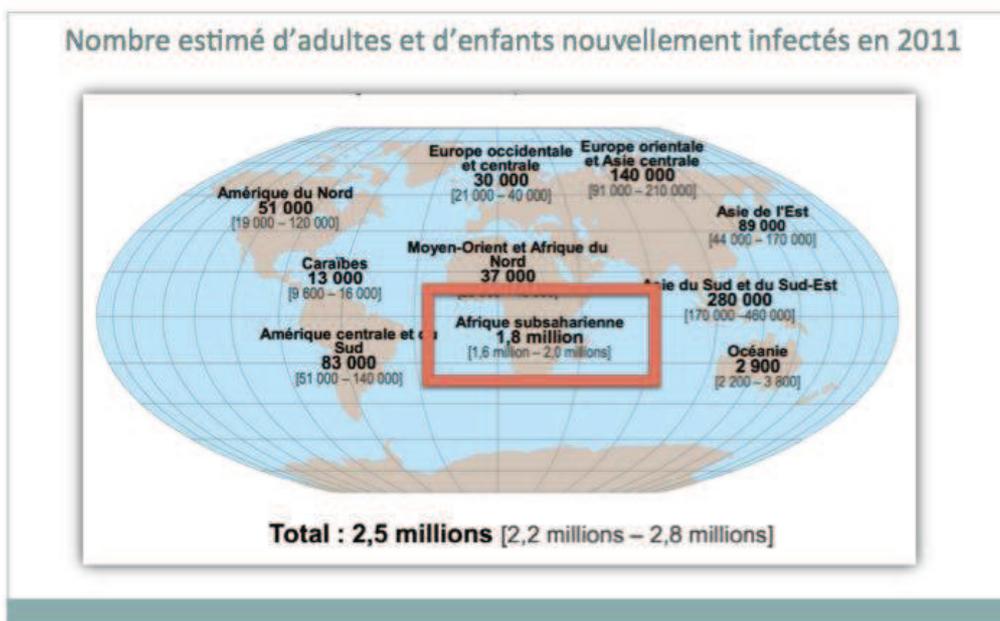
1 – En Afrique sub-saharienne

Les estimations pour l'Afrique sub-saharienne en 2011 sont les suivantes :

— 23,5 millions de personnes vivant avec le VIH, soit 69 % des personnes porteuses du VIH dans le monde



— 1,8 million de personnes nouvellement infectées par an, soit 72% des nouveaux cas dans le monde



Mais aussi :

— 1,2 million de décès par an, soit 66% des décès causés par le VIH dans le monde. (1)

La zone de forte endémie mondiale du VIH demeure l’Afrique sub-saharienne, avec d’importantes variations d’incidence d’une région à une autre.

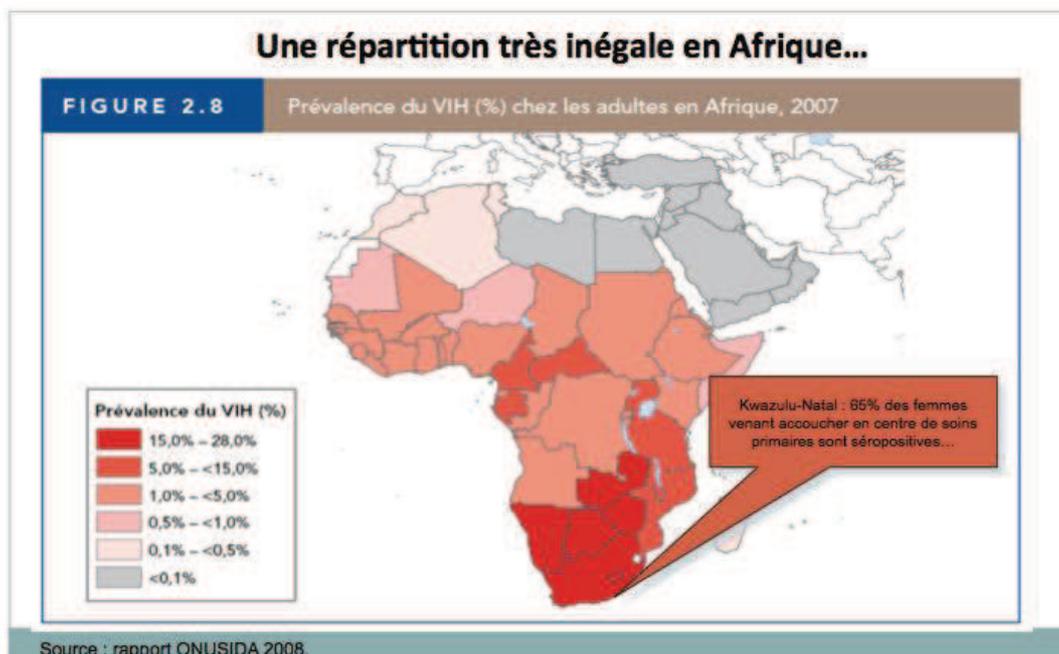
L’Afrique orientale et australe reste la zone la plus durement touchée par l’épidémie de VIH. En 2009, 34 % des personnes vivant avec le VIH à l’échelon mondial vivaient dans 10 pays d’Afrique australe.

La prévalence du VIH en Afrique occidentale et centrale est relativement faible. En 2009, les cinq pays de la région où la prévalence est la plus élevée sont le Cameroun (5,3 %), la République centrafricaine (4,7 %), la Côte d’Ivoire (3,4 %), le Gabon (5,2 %) et le Nigeria (3,6 %).

Source : Publication ONUSIDA

Le principal mode de transmission, jusque-là retenu par l’ONUSIDA, pour la transmission du VIH en Afrique sub-saharienne reste la transmission hétérosexuelle.

Cette transmission hétérosexuelle se retrouve aussi comme le principal mode de transmission chez le migrant d’Afrique subsaharienne, atteint de VIH et vivant en France. (6)



2 – Dans l'Union Européenne

En 2012, environ 30 000 nouveaux cas de VIH ont été rapportés dans l'ensemble des pays membres de l'Union Européenne. Entre 2006 et 2012, l'incidence du VIH dans l'Union Européenne est restée stable. (7)

En 2011, environ 38% des nouveaux cas de transmission hétérosexuelle pour le VIH en Europe concerne des migrants originaires de zone d'endémie. (17)

14 % de l'ensemble des nouveaux cas de VIH en 2012, soit plus de 4 000 personnes, concernaient des personnes migrantes venant de l'Afrique sub-saharienne. (7)

3 – En France et en Haute-Normandie

a – Le VIH en France

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH en France en 2012 est d'environ 6400 personnes; Plus de 5 millions de sérologies VIH ont été réalisées. Le nombre de découvertes annuelles de VIH en France est globalement stable depuis 2008, environ 6200 cas par an. (6)

En 2012, le mode de contamination par le VIH concerne à 53% les personnes ayant des rapports hétérosexuels, à 43% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à 1,7% les personnes utilisant des drogues par voie intraveineuse.

Entre 2011 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité VIH est resté stable chez les personnes hétérosexuelles et toxicomanes, mais il a augmenté de 14% chez les hommes homosexuels. (6)

En 2012, 69% des cas de VIH déclarés sont des hommes; La majorité des personnes a un âge compris entre 20 et 49 ans au moment du diagnostic; 33 % des découvertes de séropositivité VIH sont faites en ville.

En 2012, le principal motif de dépistage du VIH reste la présence de signes cliniques ou biologiques (31%); puis viennent les expositions à risque (21%) et les bilans systématiques (17%).

La découverte de séropositivité en 2012 concernait pour 38% des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger.

31% des personnes découvrant leur séropositivité en 2012 sont nées en Afrique sub-saharienne, 61% des femmes découvrant leur séropositivité en 2012 sont originaires d'Afrique sub-saharienne. (6)

On estime à 30.000 le nombre de personnes séropositives, vivant en France et ne connaissant pas leur statut. (8) Environ 27 % des personnes découvraient leur séropositivité au stade tardif, soit 30 % chez les femmes migrantes et 43% chez les hommes migrants. (6)



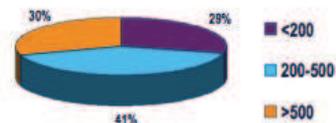
2 indicateurs pour évaluer le caractère précoce/tardif du diagnostic...

Stade clinique au moment de la découverte de séropositivité :

- 15% au stade sida en 2010
- 11% au stade de primo-infection

Statut immunologique :

Plus d'une personne sur 4 découvre sa séropositivité à moins de 200 CD4/ mm³ en 2010



... qui peuvent être combinés en un seul indicateur

stade clinique	statut immunologique		
	<200 CD4	200-499 CD4	>=500 CD4
PIV	Précoce		
Asymptomatique			
Symptomatique non sida	Inter-médiaire		Tardif
Sida	Tardif		

Source : InVS, déclaration obligatoire du VIH, données au 31/12/2010 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les données manquantes, mise à jour octobre 2011



b – Le VIH en Haute-Normandie

En 2012, 95 cas de sérologies positives pour le VIH ont été déclarés dans la région de la Haute-Normandie. 43% des cas concernaient des migrants. Et parmi ces migrants, 88% sont nés en Afrique sub-saharienne.

Si le nombre de découverte de séropositivité VIH en Haute-Normandie est plus faible qu'au niveau national, les caractéristiques des cas déclarés sont cependant très proches. (9)

II) La migration africaine

1 – Dans l'Union Européenne

Dans l'Union Européenne, le nombre de migrants est évalué à 33,3 millions, soit 6,6 % de la population Européenne. 12,8 millions d'entre eux sont des citoyens d'un autre Etat membre de l'Union Européenne; 7,6 millions sont des citoyens d'un pays européen non membre de l'Union Européenne tels que la Turquie, l'Albanie ou l'Ukraine. (14)

Les migrants africains quant à eux sont estimés à 8,2 millions de personnes, soit 24,9 % du nombre de migrants en Europe. Plus de la moitié des citoyens africains vivant dans l'Union Européenne sont originaires des pays du Maghreb. (14)

En 2009, 2,3 millions de migrants ont bénéficiés d'une première délivrance d'un permis de résidence dans l'Union Européenne. Le Maroc est le seul Etat africain qui fait partie des 5 premiers bénéficiaires de cette délivrance; aux côtés de l'Inde, des Etats-Unis, de la Chine et de l'Ukraine. (16)

2 – En France et en Haute-Normandie

En France, les migrants africains sont estimés à 2,2 millions de personnes, dont 1,5 millions de personnes venant du Maghreb. (14)

En 2010, 194.000 visas ont été délivrés autorisant le séjour en France. 86.000 visas concernaient un motif familial. 59.000 visas étaient délivrés pour des étudiants. Les africains concernés par ces visas étaient au nombre de 105.000, dont 45.000 personnes venant d'Afrique sub-saharienne. (15)

En 2007, 4,1 % des Haut-Normands sont des immigrés soit deux fois moins qu'en France métropolitaine. Parmi eux, les immigrés récents, arrivés depuis moins de cinq ans en France, ne représentent que 0,5 % de la population totale.

L'installation de ces immigrés récents se fait principalement dans les trois grandes villes de la région : Rouen, Le Havre et Évreux. Une fois arrivés en France, les immigrés restent dans leur région d'accueil. (10) La répartition entre homme et femme parmi les migrants africains est variable d'un pays à un autre.

Les migrants d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb représentent un peu plus de la moitié des migrants dans la région de la Haute Normandie.

Source : Publication du Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées en Haute-Normandie, Décembre 2010.

Les données sont manquantes sur les caractéristiques sanitaires des migrants en Haute Normandie.

Mais selon la publication du COMEDE de 2008, pour les migrants en situation de précarité, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital public constituent le seul dispositif de santé permettant en théorie l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. (11)

Certaines associations telles le COMEDE, Médecins Du Monde, Médecins sans frontières et le CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) proposent une aide à l'obtention de la CMU ou de l'AME et à la délivrance des premiers soins nécessaires.

III) Les médecins généralistes en Haute-Normandie

En 2012, les médecins généralistes représentent la moitié des professions médicales dans la région de la Haute-Normandie.

Pour la grande majorité, ils sont en exercice libéral, unique ou associé à un exercice hospitalier.

Professions	Haute-Normandie	Eure	Seine-Maritime	France
Médecins généralistes	2522	638	1884	99226
Médecins spécialistes	2518	440	2078	112594
Ensemble des médecins	5040	1078	3962	211820
Nombre d'officines pharmaceutiques	573	157	416	22423
Nombre de laboratoires privés d'analyses médicales	74	18	56	3902

Professionnels de santé, libéraux ou mixtes	Haute-Normandie	Eure	Seine-Maritime	France
Médecins généralistes	1773	463	1310	67704
Médecins spécialistes	1251	231	1020	59248
Ensembles des médecins libéraux	3024	694	2330	126952

Source : Publication ARS Haute Normandie 2012

IV) Le dispositif actuel de dépistage du VIH en France

1 – Lieux de dépistage

Les structures actuelles de dépistage regroupent les laboratoires de ville qui effectuent le dépistage à la demande des praticiens en exercice libéral, généralistes ou spécialistes ou sans prescription médicale, depuis 2010; les hôpitaux, dont font partie les PASS au niveau des hôpitaux publics; les CDAG.

Les TDR peuvent également se réaliser dans les locaux de certaines associations telle que l'association AIDES; et dans les locaux de certaines structures communautaires visant des publics spécifiques tels les homosexuels, les migrants ou les usagers de drogues.

La commercialisation des auto-tests, réalisés par le patient lui-même, n'a pas encore débuté en France. Ils sont autorisés aux Etats – Unis et un avis favorable pour son utilisation en France, sous des conditions d'encadrement, a été donné en 2013 par un rapport du CNS. (12)

En 2007, les données du SNIIR-AM, système de recueil d'informations de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la CNAM, sont les suivantes :

49,08% des tests de dépistage de l'infection par le VIH réalisés l'ont été à partir de la prescription d'un médecin généraliste ; 20,78 %, à partir de la prescription d'un gynécologue et/ou un obstétricien ; 9,13 %, à partir de la prescription d'un chirurgien (quelle que soit sa spécialité); 14,61 % des tests de dépistage de l'infection par le VIH ont été réalisés sur prescription d'un établissement privé, ou privé mais participant au service publique.

Le dépistage du VIH est proposé lors de la grossesse par les professionnels de santé, avec un taux de 72,9% des femmes enceintes en 2010, qui déclarent avoir été dépistées lors de l'enquête nationale périnatale publiée en Mai 2011 (75 % en 2003). (13)

2 – Les modalités du dépistage

Ne sont pas abordés ici les situations de dépistage obligatoire que constituent le don du sang, le don d'organes, la procréation médicalement assistée ou les agressions sexuelles (où la demande est faite par l'officier de police judiciaire avant le prélèvement sur l'agresseur).

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois, le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose sur une stratégie en deux temps : analyse de dépistage puis analyse de confirmation. (3)

Une analyse de dépistage positive doit toujours être complétée par une analyse de confirmation sur le même prélèvement.

L'infection par le VIH n'est établie que lorsque le résultat de l'analyse de confirmation est positif et que des résultats concordants sont obtenus sur deux prélèvements distincts.

Les biologistes réalisant le diagnostic biologique de l'infection par le VIH doivent utiliser, dans le cadre de l'analyse de dépistage, un test ELISA combiné marqué CE avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 seul.

Un résultat négatif de l'analyse de dépistage signe l'absence d'infection par le VIH, sauf dans le cas d'une exposition supposée au VIH datant de moins de 6 semaines. (3) En cas de traitement prophylactique post-exposition, le délai de 3 mois après l'arrêt du traitement est applicable.

La technique utilisée dans le cadre de l'analyse de confirmation de l'infection par le VIH demeure le western blot (WB) ou l'immunoblot (IB).

Si l'analyse de dépistage est positive, l'analyse de confirmation doit être effectuée sur le prélèvement initial. En cas de positivité de l'analyse de confirmation, un second prélèvement devra obligatoirement être réalisé afin d'éliminer une erreur d'identité. Sur ce second prélèvement, il est recommandé de pratiquer une nouvelle analyse de dépistage (avec le réactif de dépistage utilisé initialement ou un autre) ; il n'est pas nécessaire de réaliser une nouvelle analyse de confirmation. Seul un résultat positif sur ce second prélèvement permettra de valider le résultat et d'affirmer le diagnostic d'infection par le VIH. (3)

Les tests d'anticorps seuls, à savoir les TDR et les auto-tests, donnent des résultats faux négatifs au cours de la fenêtre sérologique qui précède la séroconversion, période dont on estime qu'elle peut durer au maximum 3 mois. Durant cette phase, le sujet reste infectieux.

Chez la grande majorité des personnes, les anticorps détectables apparaissent après trois semaines. Des médicaments antirétroviraux administrés pendant cette période fenêtre peuvent ralentir la formation d'anticorps, et allonger la période fenêtre au-delà de douze semaines.

Quand la prévalence de la séropositivité dans une population est faible, la probabilité pour un test positif d'être un faux positif augmente, en application du théorème de Bayes.

Mais l'utilisation d'un double test permet d'éviter des faux positifs en augmentant la valeur prédictive positive dès la première étape.

Par ailleurs les tests de dépistage peuvent ressortir faussement positifs dans certains cas, notamment l'existence de maladie auto-immunes.

L'utilisation des auto-tests par les patients, qui a reçu un avis favorable sous conditions d'encadrement dans le rapport du CNS en 2013, n'a pas été évoquée au cours de cette étude. (12)

V) Le VIH et le migrant africain, en France et dans l'Union Européenne

Les migrants originaires de zone d'endémie paraissent plus à risque pour l'infection VIH en Europe. (17) Mais tous les pays européens n'ont pas de recommandation spécifiques de dépistage du VIH dans ces populations.

La majorité de pays européens n'effectue pas de surveillance pour les minorités ethniques et peu de pays européens considère les minorités ethniques comme ayant un risque plus élevé pour l'infection VIH. De plus, le dépistage du VIH chez les migrants illégaux n'est pas toujours pris en compte.

Plusieurs autres barrières au dépistage du VIH chez les migrants en Europe sont décrites dans la littérature. On a la peur de la perte du statut de séjour, qu'on retrouve dans des études en Espagne et au Royaume Uni. On a aussi les difficultés d'accès au système de santé, la peur de la stigmatisation et de la discrimination (étude au Royaume Uni), les barrières culturelles et la barrière de la langue. On a encore le manque d'information des migrants, sur la maladie ou sur le système de santé, le déni des prises de risque personnels, une barrière au dépistage plus important pour l'homme migrant et les barrières socio-économiques (études en France, Espagne et au Royaume Uni). (17)

Le dépistage du VIH généralisé à l'ensemble de la population est pratiqué en Europe dans deux pays, la France et le Royaume Uni. Enfin quelques pays européens requièrent un dépistage VIH chez le migrant, avant l'entrée sur le territoire. Ce qui est en opposition aux recommandations de l'OMS. Ces pays sont l'Islande, la Pologne et la Slovaquie. (17)

Une revue de la littérature révèle que la problématique du dépistage du VIH chez le migrant africain est partagée par plusieurs pays de l'Union Européenne.

Aux Pays bas, 1 227 découvertes de séropositivité ont été faites en 2011. 25% des patients étaient hétérosexuels. Le diagnostic pour ces patients hétérosexuels étaient fait chez 32 % d'entre eux par les médecins généralistes.

Pour la transmission hétérosexuelle, les patients migrants d'Afrique sub saharienne représentent un tiers (33,2 %) des nouveaux cas de VIH diagnostiqués en 2011. Le nombre cumulé de personnes originaires d'Afrique sub-saharienne parmi tous les patients porteurs VIH aux Pays Bas en 2011 est de près de la moitié (48,9 %). (18)

En Allemagne, en 2012, sur les 3400 découvertes de séropositivité VIH, 630 cas étaient attribuées à une transmission par voie hétérosexuelle, contre 2500 cas à une transmission chez des hommes homosexuels. (19)

La transmission hétérosexuelle du VIH en Allemagne concerne en majorité la population migrante, notamment les migrants d'Afrique sub-saharienne qui forment près d'un tiers des cas (34 %). (20)

Une étude récente a montré que les outils actuels de surveillance du VIH en Allemagne ne permettaient pas une bonne compréhension du risque accru d'infection pour le VIH dans la population de migrants d'Afrique sub-saharienne. (21)

Au Royaume Uni, en 2012, 6358 nouveaux diagnostics de VIH ont été fait. Parmi ces nouveaux diagnostics, 1204 soit 18,9% l'ont été dans la communauté d'Afrique noire au Royaume Uni. Parmi ces 1200 cas, 996 cas ont été reportés à une transmission hétérosexuelle et 974 personnes étaient des migrants d'Afrique noire. (22)

Dans une revue de la littérature publiée en 2011, les barrières au dépistage du VIH dans les communautés d'Afrique noire en Angleterre ont été relevées.

Les freins au dépistage relevés sont la stigmatisation et la peur de l'isolement social, le déni des prises de risques personnels, le fait d'être de sexe masculin, avec notamment plus d'opportunités manquées, les barrières culturelles, les conditions de réalisation du test proprement dit, c'est à dire le dispositif d'accès au test et son acceptabilité par les patients.

Les facteurs favorisant le dépistage du VIH dans cette communauté seraient l'amélioration et l'augmentation des modes d'accès au dépistage, l'implication de la communauté aux stratégies développés.

Il faut préciser que le terme «communautés d'Afrique noire» dans cette publication britannique associe aussi bien les migrants d'Afrique sub-saharienne vivant au Royaume Uni que leurs descendants de 2e génération. (23)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I) Méthode et population

Devant le faible nombre de publications sur ce sujet, le choix d'une enquête qualitative, par des entretiens individuels semi-dirigés, a été fait. Ce type d'enquête vise la compréhension des comportements et des besoins des acteurs du système de soins mais aussi l'analyse des enjeux sous-jacents.

16 médecins généralistes ont ainsi été interviewés sur une période allant de Juin 2012 à Aout 2013.

Ils ont été recrutés par voie téléphonique, par courrier électronique, ou directement dans les cabinets de consultations des généralistes qui suivaient régulièrement des patients migrants africains de la 1ère génération en région de la Haute-Normandie.

Les entretiens se déroulaient au cabinet du médecin généraliste, à une date laissée à sa convenance et suivant un guide d'entretien.

Le recueil de données a été arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue, soit l'absence d'informations nouvelles sur les thèmes abordés.

L'analyse du contenu des entretiens a été réalisée par nous-mêmes, selon une analyse thématique transversale. (24)

Ainsi chaque extrait de discours a été classé dans un thème, puis les différents énoncés appartenant à un même thème ont été comparés les uns aux autres.

Une triangulation partielle, c'est à dire un recoupement de l'analyse d'une partie des thèmes faite par un tiers, a été effectuée par le directeur de thèse et a permis de renforcer les résultats de l'analyse thématique.

II) Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature et des hypothèses émises au début de cette enquête.

Il a été adapté après les premiers entretiens en fonction des réponses reçues. Il a ainsi été remanié à 3 reprises.

Il est réparti en 6 grandes parties :

- Des généralistes qui soignent des migrants africains
- La perception du VIH chez les migrants africains par les généralistes
- Le dépistage du VIH en pratique chez les migrants africains

- Quelques spécificités du migrant africain en médecine générale
- Formation des généralistes sur le VIH
- Les généralistes et les recommandations de l'HAS sur le dépistage du VIH

Les entretiens se sont déroulés suivant le registre de la conversation, et non pas du questionnaire; avec parfois des retours en arrière, des improvisations ou encore des anecdotes. Ainsi toutes les questions du guide d'entretien ont été abordées à chaque entretien mais sans être forcément posées dans le même ordre.

L'identité des généralistes interviewés a été retirée, de même que les entretiens présentés en annexes ont parfois été modifiés, pour préserver l'anonymat des médecins interrogés.

RÉSULTATS

I) Caractéristiques de la population étudiée

Les entretiens se sont déroulés entre Juin 2012 et Août 2013.

16 médecins généralistes ont accepté de participer à un entretien dans leurs cabinets médicaux, en répondant à des questions ouvertes suivant un guide d'entretien :

3 médecins généralistes au Havre, 1 à Gaillon, 1 à Mont Saint Aignan, 1 à Sotteville les Rouen, 1 aux Andelys, 5 à Val de Reuil, 4 à Vernon;

La durée des entretiens allait de 22 minutes à 60 minutes.

L'échantillon était réparti comme suit :

- années d'exercice : de 8 ans à 32 ans.
- Sexe : 3 femmes, 13 hommes.
- lieux d'exercice :
 - * 10 médecins dans le département de Seine Maritime, 6 dans celui de l'Eure
 - * 14 médecins en milieu urbain, 2 médecins en milieu semi rural.
- spécificités d'exercice :
 - * 4 médecins ont une consultation hospitalière associée à leur activité libérale,
 - * 1 médecin fait de l'éducation à la santé dans les lycées
 - * 14 médecins sont en cabinet de groupe, 2 exercent seuls.

	Sexe	Département	Durée de l'entretien	Date de l'entretien
M1	Homme	76	29 minutes	20 Juin 2012
M2	Homme	76	36 minutes	22 Juin 2012
M3	Homme	76	29 minutes	24 Juin 2012
M4	Homme	27	53 minutes	19 Décembre 2012
M5	Femme	76	31 minutes	15 Janvier 2013
M6	Femme	76	38 minutes	15 Janvier 2013
M7	Homme	27	26 minutes	22 Janvier 2013
M8	Homme	76	32 minutes	22 Janvier 2013
M9	Femme	76	41 minutes	22 Janvier 2013
M10	Homme	76	41 minutes	6 Février 2013
M11	Homme	76	60 minutes	12 Février 2013
M12	Homme	76	34 minutes	13 Février 2013
M13	Homme	27	39 minutes	30 Août 2013
M14	Homme	27	38 minutes	30 Août 2013
M15	Homme	27	31 minutes	30 Août 2013
M16	Homme	27	22 minutes	30 Août 2013
16 médecins interviewés	13 hommes / 3 femmes	10 médecins en Seine Maritime / 6 médecins dans l'Eure	Durée moyenne des entretiens de 36 minutes	Entretiens réalisés entre le 20/06/2012 et le 30/08/2013

II) Des généralistes qui soignent des migrants africains

Tous les généralistes interrogés ont parmi leurs patients des migrants africains.

Tous les généralistes interrogés ont donné une définition cohérente de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb ».

Leurs réponses ont été pondérées par la définition de l'INSEE, en rajoutant les notions de nationalité et de migrants récents.

La nécessité médicale de bien connaître son patient migrant

La grande majorité des généralistes interrogés parvient à distinguer parmi leurs patients originaires d'Afrique ceux qui sont des migrants et ceux qui sont nés en France et qui forment une 2^e génération.

Ils expliquent l'intérêt de cette distinction entre les migrants et leurs enfants nés en France dans la prise en charge médicale, notamment les antécédents, les vaccinations ; mais aussi dans la nécessité de connaître le parcours de vie du patient depuis son pays d'origine soit la situation administrative actuelle, le parcours médical récent, les traumatismes psychologiques éventuels.

M13 : « *Déjà effectivement, en général par la langue les expressions ... Déjà il y a quand même la barrière de la langue, des expressions et cetera, dans le comportement, dans l'habillement ...*

Donc effectivement, le migrant récent, on le ressent quand même, souvent dans cet état, puis l'état d'inquiétude aussi. Ce sont souvent des gens très très anxieux parce que il y a l'attente de l'avis de l'OFPRA, des choses comme ça qui les mettent souvent dans un grand état d'angoisse et le jour où ils ont leur autorisation de séjour, on sent une telle libération. Le langage, l'habillement, le comportement, les problèmes, l'anxiété et cetera qui caractérisent un peu à mon sens le nouveau migrant. »

III) Perceptions du VIH chez les migrants africains par les généralistes

1 – Le migrant africain, reconnu par les généralistes, comme un groupe à risque pour le VIH

La plupart des généralistes interrogés sont bien sensibilisés au dépistage du VIH chez le migrant africain.

Un généraliste a relevé qu'il y a une difficulté à aborder le dépistage lors de la première consultation.

Un généraliste a relevé que les migrants n'étaient pas souvent directement vus dans les cabinets de généralistes à leur arrivée en France.

M10 : *« On est sensibilisé et on s'aperçoit qu'on a du mal quelque fois à le faire de façon réelle; parce que souvent les migrants d'Afrique, ils n'arrivent pas directement dans nos cabinets. Souvent il y a eu une étape avant soit en région parisienne ou autre, et donc on n'arrive pas toujours à repérer leur statut; et puis la 2e chose, c'est pas le tout d'avoir le statut, d'arriver à leur faire accepter le suivi, c'est pas toujours facile. »*

Les généralistes y sont sensibilisés pour des raisons multiples.

Ils évoquent des données épidémiologiques telles la prévalence du VIH en Afrique, la réduction de l'espérance de vie liée au VIH et le risque sanitaire dans le pays d'arrivée.

Il y a aussi les recommandations de pratique clinique, notamment dans le cas d'une migration récente ou dans le cas d'un séjour prolongé en zone d'endémie, comme le retour au pays natal.

Il y a enfin l'expérience clinique personnelle des généralistes, à savoir le fait d'avoir des patients africains atteints de VIH, la demande de dépistage des patients eux-mêmes, le fait d'avoir exercé la médecine en Afrique au moment de la découverte du VIH ou encore le fait que certains patients ne sont pas toujours demandeurs d'examens.

Pour certains généralistes, la proposition de dépistage ne doit pas empêcher la construction d'une bonne relation médecin – malade à long terme, d'où leur réticence à proposer le dépistage dès la première consultation avec un nouveau patient, lorsque le motif initial de consultation n'a pas de lien direct avec le VIH ou lors des premières consultations et en l'absence de bilan sanguin prescrit.

D'autres généralistes évoquent une difficulté à proposer le dépistage en cas de doutes sur la capacité du patient à comprendre cette proposition, c'est le cas s'il y a une barrière de la langue, c'est aussi le cas dans certaines communautés africaines où le VIH représente une mort sociale.

2 – Une incidence du VIH en France chez le migrant mal connue

La majorité des généralistes interrogés ne connaissaient pas l'incidence du VIH chez les migrants en France, la plupart sous-estimaient cette incidence dans la population migrante.

Pour certains généralistes, tous les migrants africains ne sont pas vus directement en consultation de médecine générale à leur arrivée en France. Les généralistes n'ont pas une bonne vision de la réalité de l'infection en France parce que les patients séropositifs VIH sont surtout suivis par l'hôpital.

Deux généralistes n'étaient pas surpris de cette incidence parce que tous les patients ayant un dépistage récent positif pour le VIH étaient des migrants africains.

Un généraliste a relevé qu'il n'avait jamais eu de cas de VIH parmi ses patients migrants africains.

M5 : « C'est beaucoup. Ça paraît énorme ... Mais qu'en France, il y ait un tel pourcentage, je ne pensais pas que c'était tant. Je savais que c'était beaucoup mais pas autant. A la fois, mes seuls patients qui ont le SIDA actuellement et que je suis sont d'origine africaine. »

M12 : « Non, non. Parce qu'honnêtement, les gens avec HIV, souvent ils nous échappent, ils sont suivis par le CHU. Le plus souvent je ne sais pas comment, parfois des dépistages. Je vous dis j'ai au moins un couple de migrants, qui sont traités, mais que je ne vois pas. Je vois de temps en temps leur gamin mais eux, je ne les vois pas. Ils sont suivis régulièrement par le CHU. On ne les voit pas. »

Pour la moitié des généralistes interrogés, les données sur l'incidence du VIH chez les migrants en France ne constituent pas pour autant une incitation au dépistage.

Certains généralistes ont exprimé leur réticence à faire un dépistage systématique pour plusieurs raisons.

Il y a l'expérience clinique personnelle, à savoir le faible nombre de dépistage positif parmi les patients testés, ceci malgré plusieurs dizaines d'années de dépistage; un généraliste a confié, qu'en 30 ans de pratique, il n'avait jamais eu de sérologie positive parmi sa population de migrants sénégalais, même dans les situations d'IST.

Il y a la difficulté à aborder avec le patient un sujet sans rapport avec son motif de consultation initial.

Il y a enfin la question du coût du dépistage systématique qui est abordée.

M12 : *« Je ne sais pas comment. Il faudrait à ce moment-là que je propose à chaque fois qu'il y a un migrant qui vient, il faudrait que je lui propose un bilan. Réalisable? S'ils viennent et qu'ils ont une entorse de cheville ou un truc comme ça, ça ne va pas être très réalisable. Je pense qu'il faut qu'on arrive à leur faire adapter. S'ils ont un truc fébrile, on peut leur faire comprendre que bon, on va faire une NFS, une CRP et puis, un petit bilan infectieux. Et là, ça passe; mais je vous dis sur un problème de traumatisme, je vois pas mal de jeunes qui font du sport, donc là honnêtement, je ne pourrais pas placer une prise de sang. »*

Pour l'autre moitié des généralistes interrogés, ces données sont de nature à changer leur pratique du dépistage, par un dépistage plus précoce, dès les premières consultations et par un dépistage même chez les migrants anciens.

Un généraliste relève que les hommes, qui sont peu vus au cabinet de médecine générale, sont peu accessibles à la proposition de dépistage.

M10 : *« Ben c'est évident. Parce que je pense être un peu plus systématique à partir du moment où quand on n'a pas le statut du dépistage à l'arrivée. Alors moi, j'ai quand même aussi une petite réserve, c'est que je m'aperçois que je vois souvent les femmes migrantes africaines arriver au cabinet mais je vois rarement leur conjoint. Voilà. Donc soit elles viennent seules ou elles viennent, si elles ont des enfants, pour les enfants. Mais le conjoint ça arrive beaucoup plus tard ou pas du tout. De façon générale, c'est 2 pour 1 déjà. Mais là on est plus dans le 3 à 4 pour 1. »*

IV) Le dépistage du VIH en pratique chez les migrants africains

1 – Un dépistage orienté

Le dépistage du VIH est abordé par les généralistes d'abord et surtout lors d'un bilan de santé, à la demande du patient, lors d'une altération de l'état général constaté par le médecin, ou encore de façon systématique lors de la première consultation avec le patient pour 3 généralistes.

Le dépistage est également abordé par les généralistes lors de la phase de conception, aussi bien lors d'une grossesse, que d'une consultation pour la contraception ou d'un bilan prénuptial.

Le dépistage est enfin abordé lors d'une consultation en rapport avec la sexualité, c'est le cas lors des prises de risque sexuel évoquées ou lors d'une IST.

M6 : « Ah! La question! Ben je leur dis, on va une faire une prise de sang quand ils arrivent pour la première fois. Je fais toujours à peu près la même démarche. Je leur demande toujours l'autorisation de faire une prise de sang, et dans cette prise de sang, je leur demande s'ils sont partants pour ça ou pas. Je le fais aussi lors des bilans de santé, lors du bilan annuel ou lors d'une contraception. »

Un généraliste a soulevé le problème du coût pour la collectivité que représente le dépistage systématique.

Un généraliste a relevé que le dépistage fait devant un signe évocateur génère une peur du résultat pour le patient, d'où la difficulté à réaliser le dépistage à ce moment-là.

Un généraliste a relevé le problème de la redondance du dépistage, qui peut avoir été fait déjà dans plusieurs structures sans que le généraliste ne puisse le savoir. Cela peut entraîner une stigmatisation de la population dite à risque.

2 – Des freins au dépistage chez les médecins

La plupart des généralistes interrogés disent ne pas avoir de difficultés personnelles à proposer le dépistage. Certains évoquent malgré tout une gêne à proposer le dépistage liée à plusieurs causes. Cela concerne en premier le maintien de la relation de confiance entre le médecin et son malade.

Cette relation peut être mise en péril selon les généralistes interrogés de multiples façons.

Il y a l'abord de la sexualité des patients par le médecin.

Il y a le risque de stigmatisation ressenti par le patient en faisant apparaître ce dernier à tort comme un individu ayant des comportements sexuels à risque.

Il y a le risque de choquer le patient par une proposition de dépistage annoncée trop brutalement, notamment lors d'une première consultation et en l'absence de bilan sanguin prévu ou lorsque le motif de consultation initial n'a pas de lien direct avec le VIH.

Cette gêne des généralistes interrogés à faire le dépistage est évident en cas de barrière de la langue pour le patient.

Enfin les généralistes évoquent la peur du médecin du résultat positif et donc de la gestion de cette maladie.

M2 : *« Oui, bien sur. Ça reste un sujet tabou même pour le médecin. C'est la peur de la maladie probablement, un déni. Il y a certainement aussi la peur du résultat positif qui freine car on ne sait pas quoi faire dans cette situation. Lorsque la personne vient consulter pour une infection, notamment génitale ou urinaire, le sujet est facilement abordé; ou encore avant le mariage et cetera. Mais demander d'emblée la situation VIH, il est vrai que je ne le fais pas systématiquement. Je devrais peut être le faire. Mais dire d'emblée à la personne qui se présente au cabinet médical, c'est un peu délicat car ils ne se présentent pas forcément pour ça. »*

M12 : *« Personnelles, non. Mais je vous dis, comme ce n'est pas une pathologie que je suis amené à traiter. Je ne sais pas combien j'ai de VIH, je ne sais plus si j'ai 4 ou 5 personnes. Et ce sont des gens qu'en fin de compte, je n'ai pas l'impression de suivre. C'est des gens que j'ai vu, que j'ai connu mais honnêtement, je n'ai pas l'impression de les avoir suivi parce qu'ils sont suivis par le CHU. »*

Un généraliste a relevé qu'il y a une difficulté à faire le dépistage en présence d'un signe clinique évocateur, car l'on suscite la peur d'une maladie grave chez le patient qui ne trouve pas de justification lorsque le résultat est négatif.

Un généraliste a relevé qu'il n'avait pas de cas de VIH parmi ses migrants africains malgré un dépistage important, avec comme explication possible le fait d'avoir des migrants d'Afrique de l'ouest, zone de moins forte endémie en Afrique; et le fait d'avoir des migrants de confession musulmane, avec des comportements sexuels différents de la majorité des migrants.

3 – Des freins au dépistage chez les migrants

Selon la plupart des généralistes, les migrants ont des difficultés à parler du VIH. Souvent ils connaissent la maladie et ont vu mourir des proches de cette maladie.

Le VIH est alors perçu comme une maladie mortelle touchant d'abord la population active et largement répandue dans leurs pays d'origine.

Souvent ils ont du mal à aborder leurs propres prises de risque sexuel; certains sont dans le déni de la maladie et donc de sa prévention; le VIH reste un sujet tabou dans certaines cultures africaines. Le VIH est alors vécu comme une maladie honteuse. Certains patients migrants africains l'associent à une mort sociale; certains patients avancent des arguments religieux

M4 : *« Ils savent que dans leur pays, il y en a plein. Ils sont bien au courant parce qu'ils ont tous dans leur famille quelqu'un qui est mort du VIH. Ils viennent de temps en temps nous demander des médicaments pour traiter des membres de leur famille. Et ils se sont aperçus que c'est toute la population floride : les chefs de famille, les enseignants, les avocats, les transporteurs, tous ceux qui avaient des responsabilités qui sont le plus infecté. Je crois que dans les raisons pour fuir leur pays, il y a aussi l'idée que si j'arrive en Europe, je serais soigné. Certainement ils n'en sont pas fiers. ça c'est sûr. Parce qu'ils ont peur d'être rejeté par leur société. Et puis, évidemment, il ne faut surtout pas le dire. Ils vont presque jusqu'à nous le dire : surtout docteur, ça reste entre nous. »*

Et l'annonce du VIH pour eux c'est un bouleversement. Comme pour les français, il y a toujours derrière l'idée de la mort. Plus encore chez les migrants que chez les français qui savent qu'il y a maintenant des thérapies. »

M9 : *« Ceux que j'ai pu interroger, je pense que ça les inquiète beaucoup. Ils ont peur parce qu'ils ont vu autour d'eux des gens qui mourraient de ça. »*

Un généraliste a relevé que le dépistage était facilement accepté s'il n'y avait pas d'interrogations du patient migrant sur sa sexualité.

M8 : *« Pour eux-mêmes d'en parler, oui. Ils ont peur qu'on leur pose des questions, j'ai l'impression qu'ils ont peur, si eux demandent, qu'on leur pose des questions complémentaires, sur leur sexualité, sur leurs antécédents, alors que si on met ça dans un bilan standard, ils disent oui oui bien sur, je veux bien le faire. Lorsqu'on ne rentre pas dans le détail. C'est beaucoup plus rare qu'eux viennent en disant je voudrais un dépistage. Ça arrive quand même mais c'est plus rare. »*

Un généraliste a relevé l'importance chez certains migrants africains de la médecine traditionnelle africaine.

Pour un généraliste, la perception du VIH pour un migrant africain est variable selon son âge, sa culture et sa religion.

Pour un généraliste, certains migrants ne comprennent pas la notion d'infection virale et ne veulent pas rattacher le VIH à la sexualité.

Plusieurs généralistes ont relevé la peur de la maladie chez certains migrants africains; et donc le dépistage fait à la demande des patients dans plusieurs situations particulières.

La demande de dépistage par les femmes de migrants anciens lorsque leurs maris effectuent un séjour prolongé au pays natal sans elles; la demande de dépistage par les migrants isolés en France, qui ont éventuellement recours à la prostitution; ou encore la demande de dépistage par des jeunes filles vivant en France, lors d'un mariage arrangé avec un migrant originaire du pays natal.

M9 : « Je crois quand même, ce n'est peut-être pas tout à fait dans le cadre de votre thèse, mais il y a souvent quand même, j'ai assez fréquemment des femmes africaines qui me demandent des test HIV parce que leur mari est parti en Afrique pour des vacances, sans elles, et ça les inquiète. Donc c'est vrai que je ne suis jamais allé jusqu'au bout de la question de leur demander et pourquoi vous seriez inquiètes d'attraper le HIV. Je ne sais pas quelle est leur perception vraiment de la maladie. Mais en tout cas, c'est sûr que ça les inquiète. Ce cas de femmes qui me demandent parce qu'elles ont des doutes sur la fidélité de leurs maris, c'est fréquent. Ça, c'est fréquent. Mais ça, c'est pas forcément des nouveaux migrants, c'est des gens qui sont là, ça peut être des migrants anciens, c'est quand même des femmes déjà d'un certain âge qui sont souvent nés en Afrique, en effet. Leurs maris retournent régulièrement et régulièrement elles demandent le test. »

4 – Le dépistage dans des situations particulières

a) Comportements à risque: partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse

Selon les généralistes interrogés, il n'y a pas de difficultés si le patient évoque spontanément un comportement à risque.

Si le patient n'en a pas parlé, il y a une difficulté pour le généraliste à parler le premier des prises de risque sexuel.

Pour un généraliste, les patients qui ont des prises de risque sexuel ne l'évoquent pas toujours spontanément.

b) Patient homosexuel

Les généralistes interrogés disent ne pas avoir de patients homosexuels ou se présentant comme tels parmi leurs patients migrants africains.

M8 : « *Chez les patients homosexuels, ils acceptent encore mieux. Mais je n'ai pas beaucoup de références d'aveu d'homosexualité chez les migrants africains déjà. Premier point. C'est pour ça donc qu'il n'y a pas beaucoup de référence à l'homosexualité.* »

Un généraliste a relevé l'importance d'une coordination du dépistage entre les différents acteurs. Pour éviter toute stigmatisation, ne pas avoir à répéter sans arrêt le dépistage surtout lorsqu'il a déjà été fait dans d'autres centres tels les CDAG ou les PASS, les généralistes devant aussi insister sur la prévention du VIH lors des bilans sanguins.

c) Projet de mariage

Le dépistage est proposé et facilement accepté par les généralistes interrogés lors du bilan pré-nuptial.

Trois généralistes le font systématiquement

Un généraliste a relevé la difficulté pour le médecin à proposer ce dépistage lorsque les patients sont vus ensemble.

M6 : « *Ce n'est pas difficile si on voit tout seul la personne. Si on les voit à 2, ça devient très très difficile; et d'ailleurs même nous à nous poser la question, ça devient difficile. Et en plus, ils disent oh ben non, parce que l'autre est là. Et du coup, le dialogue est un peu biaisé.*

Mais quand on les voit tout seul, il n'y a pas de problèmes, il n'y a pas de souci. On leur dit dans le cadre du bilan de mariage, c'est systématique. »

d) Retour du pays natal après un séjour prolongé

Il y a une difficulté à faire le dépistage au retour d'un séjour prolongé au pays natal selon plusieurs généralistes.

Le séjour prolongé au pays natal passe souvent inaperçu pour le médecin parce que les patients ne sont pas toujours vus en consultation à leur retour et parce que les généralistes ne pensent pas toujours à la proposition de dépistage dans cette situation.

La proposition de dépistage dans cette situation peut mettre en péril la relation médecin-malade, parce qu'il y a l'abord de la vie privée et des prises de risque sexuel éventuels, et parce que cette proposition sera mal perçue si la consultation se fait en couple.

Pour certains généralistes, le dépistage au retour d'un séjour prolongé dans le pays natal est souvent fait à la demande des patients eux-mêmes.

M5 : « *Ah, je ne le fais pas systématiquement parce que j'en ai beaucoup qui repartent. Il y en a beaucoup qui partent en voyage 5-6 mois. Je ne le propose pas systématiquement. Je n'y pense pas. Je ne pense pas que les patients refuseraient. Maintenant c'est vrai que c'est compliqué de leur dire vous êtes partis 4 mois, est ce que vous avez eu des rapports. Ce côté : ah ben vous êtes allez là bas. Là, c'est plutôt ma réticence à moi. A rentrer dans leur vie privée.* »

e) Grossesse

Tous les généralistes interrogés font le dépistage lors de la grossesse, la moitié des généralistes le fait de façon systématique.

f) IVG (interruption volontaire de grossesse)

La plupart des généralistes interrogés ne proposent pas le dépistage lors de l'IVG.

Pour deux généralistes, l'IVG est le plus souvent une situation médicale urgente qui n'est pas propice au dépistage. Pour deux autres généralistes, les migrants africains sont peu vus pour des IVG. Un généraliste propose le dépistage lors d'une IVG lorsqu'un risque sexuel est évoqué tel un accident de préservatif ou un changement de partenaire ...

M4 : « *J'en ai de temps en temps. Mais ça n'affecte pas les migrants. Les migrants récents veulent tous garder le bébé et elles en veulent toutes. Mais par contre, les jeunes de 2e génération, c'est celles-là qui veulent des IVG.* »

g) Contraception

La plupart des généralistes interrogés proposent le dépistage lors de la contraception. Il est fait de façon systématique par 3 généralistes.

La plupart des généralistes le proposent surtout en cas de prise de risque sexuel évoquée par la patiente : partenaires multiples, nouveau partenaire ...

Un généraliste relève que la population la plus à risque concerne le migrant primo arrivant car ses 5 derniers cas de sérologies positives concernaient cette population.

h) VIH connu chez un membre de l'entourage

La plupart des généralistes interrogés effectuent le dépistage en cas de VIH connu dans l'entourage.

Certains généralistes relèvent que c'est une situation délicate dans la mesure où le médecin doit respecter le secret médical pour les personnes malades et a aussi l'obligation d'obtenir l'accord du patient pour le dépistage.

Un généraliste a relevé avoir eu plutôt des demandes de dépistage par les patients lorsque ceux-ci étaient confrontés au VIH dans leur entourage

M14 : « En général, oui. Les conjoints déjà. Et puis ce qui s'est passé pour le monsieur, ça remontait au moins à 10 ans. Moi, vu mon dossier, ça correspondait, c'était en 2002. Donc 11 ans même. Heureusement il n'avait pas eu d'enfant puisque la dernière a 14 ans. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a testé la maman qui malheureusement était positive, mais ça on pouvait s'en douter. Et puis, on a eu un doute pour la fille. On l'a testé, heureusement c'était négatif. »

i) Symptôme évocateur d'infection opportuniste

La plupart des généralistes interrogés proposent le dépistage en cas de symptôme évocateur d'infection opportuniste.

Pour un généraliste, le dépistage est difficile dans cette situation, surtout pour le médecin parce qu'on a peur de dire au patient que son symptôme est évocateur de VIH.

Pour un autre généraliste, il y a une difficulté si le couple ou l'ensemble de la famille est soigné par le même généraliste, parce que le médecin a peur du résultat positif et de ses implications dans la famille.

M5 : « Ça c'est plus difficile. Mais c'est difficile pour le médecin pas pour le patient. C'est difficile de dire quand il y a un signe. Parfois j'attends de voir si ça traîne ou pas avant de le faire. Je le ferais peut être plus systématiquement. »

j) IST, Hépatite B ou C, Tuberculose

Tous les généralistes interrogés proposent le dépistage dans ces situations. Pour la moitié des généralistes interrogés le dépistage est systématique dans le cadre d'une IST.

M6 : « Alors là, je n'ai jamais de soucis. Même des gens qui ne veulent pas. On retrouve un chlamydiae ou des condylomes ou des choses comme ça, je dis un bilan systématique de MST et là je n'ai jamais eu de souci. »

5 – Le refus du dépistage par le migrant, une exception

Pour la grande majorité des généralistes, le refus du dépistage est rare parmi leurs patients migrants africains.

La moitié des généralistes n'a jamais eu de refus chez un migrant africain.

Plusieurs généralistes disent avoir des refus non avoués, c'est à dire des patients qui acceptent le dépistage au cabinet mais qui ne font pas les examens au laboratoire plus tard.

M8 : *« Non. Ah non. Mais des situations de refus non avoués c'est à dire que ce n'est pas fait. Mais ce n'est pas fréquent. Quand c'est proposé, quand on a eu le temps d'en parler, ce n'est pas fréquent. Je n'ai jamais eu de refus exprimé en disant : non docteur, je ne le ferais pas, je ne veux pas savoir. Je n'ai jamais eu ça. »*

M15 : *« Il ne me semble pas. Pas du tout. Au contraire. Chaque fois que le test est proposé, les gens, ils sont demandeurs, au même titre qu'ils sont demandeurs pour les vaccinations, demandeurs pour toutes ces pathologies. Parce qu'ils savent de quoi on parle, ils savent d'où ils viennent, ils savent ce que c'est que la maladie grave, mortelle chez les jeunes, ça ils le savent. »*

En cas de refus du dépistage, les justifications sont variables : parfois il n'y a aucune justification avancée; parfois certains migrants se doutent du résultat positif et font un déni de la maladie; il y a la peur de maladie et la peur du résultat positif; parfois des arguments religieux sont évoqués tels que le fait de ne pas avoir de rapports avant le mariage ou extra conjugaux en application d'une religion; parfois certains migrants le refusent par négligence, ils ne se sentent pas concernés par le dépistage ou ne veulent pas prendre soin de leur santé.

M12 : *« En disant que ça ne les concerne pas, qu'il n'y a pas de problème. En général, c'est ça. C'est plus le problème des autres. Mais comme beaucoup de maladies. C'est toujours les autres.*

Parfois c'est arrivé que le fait d'en parler, au bout de 2 ou 3 visites ou consultations après, là ils me disent ben oui pourquoi, on pourrait le faire. Mais quand ça bloque, il faut expliquer et après comme c'est un test où un il faut les prévenir, et deux leur laisser le choix, je pense qu'à un moment, on ne peut pas aller au-delà de leur volonté. »

Un généraliste a relevé que le refus du dépistage est une frustration pour lui et ça n'entraîne pas de discussion avec le patient.

Pour trois généralistes, le refus entraîne une discussion avec une argumentation de la part des médecins en cas de forte suspicion.

Pour deux généralistes, le refus de dépistage ne modifie pas leurs pratiques du dépistage parce qu'ils n'ont pas de cas de VIH parmi leurs patients.

Deux généralistes ont relevé que le refus du dépistage ne modifie pas leurs pratiques, parce qu'ils respectent le choix du patient de ne pas faire le dépistage.

Pour un généraliste, le refus du dépistage est un encouragement à l'éducation à la santé, notamment dans les lycées, et donc à la prévention des IST.

6 – Le statut sérologique plus souvent connu chez les femmes migrantes que chez les hommes migrants

Pour la majorité des généralistes interrogés, le statut sérologique des femmes est plus souvent connu que celui des hommes parmi leurs migrants africains.

Les raisons évoquées expliquant un statut sérologique des femmes plus souvent connu que celui des hommes sont multiples.

Le suivi médical serait plus régulier pour les femmes que pour les hommes, en raison du suivi gynécologique, du suivi de la contraception, des grossesses et même du suivi médical des enfants qui seraient d'abord le fait des mères.

Il y a aussi le fait que les hommes dans certaines tranches d'âge seraient peu ou pas vus en consultations médicales.

Pour deux généralistes, la différence entre les hommes et les femmes par rapport à leur statut sérologique n'est pas spécifique au VIH mais plutôt à un suivi médical plus régulier pour les femmes que pour les hommes.

M9 : « *Parce qu'on les voit plus souvent, à l'occasion des contraceptions, des grossesses. Parce que je crois aussi qu'elles prennent plus soin de leur santé.*

Oui (les hommes sont moins vus en consultations). Mais les hommes en général. Les hommes en général prennent moins soin de leur santé. Je pense que les migrants aussi.»

7 – Utiliser un traducteur, un intérêt limité

La grande majorité des généralistes n'a pas eu à utiliser de traducteur pour faire le dépistage : soit parce qu'ils n'ont pas eu de barrière de la langue avec leur patients; soit parce que le médecin ne souhaite pas associer un traducteur au dépistage du VIH, un généraliste a confié avoir eu à faire le dépistage sans le dire au patient.

Les généralistes qui ont eu besoin d'un traducteur estiment que ce n'était pas spécifique pour le VIH.

M8 : *« C'est déjà arrivé d'avoir besoin d'un traducteur. Ça c'est déjà arrivé. Mais ce n'est pas spécifique au VIH. Au premier entretien avec les gens. Quand ils viennent d'arriver souvent. Ils sont amenés par un ami souvent et qui sert d'interprète. Ou le mari qui amène sa femme. »*

8 – L'annonce du résultat

a) Le résultat positif

Selon les généralistes interrogés, une sérologie positive entraîne d'abord une réflexion sur la meilleure manière de l'annoncer au patient chez six généralistes, notamment sur le parcours de soins à proposer à ce patient.

C'est une source d'angoisse chez trois généralistes, concernant le risque sexuel pour son propre entourage, concernant la gestion des complications du SIDA.

C'est vécu comme n'importe quelle autre annonce de maladie grave par deux généralistes

Une généraliste a relevé qu'une sérologie positive pour l'hépatite C était moins angoissante pour elle qu'une sérologie positive pour le VIH.

M5 : *« Alors ça, c'est difficile. Ça ne m'est pas arrivé très souvent dans ma vie, heureusement. Ça a dû m'arriver 4 fois au total, donc ce n'est pas très fréquent.*

Ce qui est difficile, c'est plutôt quand on le voit, quand on reçoit le résultat. On se dit : il va falloir que je l'annonce. Mais un peu comme quand on voit un résultat, on se dit : tiens il y a un cancer. Tout ce qui est grave est difficile. Et là, il y a plus une composante honteuse, du regard de l'extérieur, des autres. Le cancer, ils peuvent le dire. Là, ils ne peuvent pas le dire à l'entourage. Ils ne peuvent pas en parler. Et puis, la peur des gens. Ne pas en parler pour que les gens continuent à vous inviter. Une peur de l'autre, quoi.»

Pour plusieurs généralistes, les patients se doutaient du résultat positif, au vu de leur état général ou au vu de leurs prises de risque.

Pour deux généralistes, les réactions des patients face à la découverte de la séropositivité sont gérées par l'hôpital, parce que le relais hospitalier est rapide.

Pour un généraliste, les réactions sont très variables d'un patient à un autre.

Pour un généraliste, l'annonce du résultat positif est toujours un choc pour le patient asymptomatique. Contrairement à ceux qui se doutent du résultat positif ou qui ont eu une prise de risque, chez qui l'adhésion aux soins est plus facile.

Pour plusieurs généralistes, l'acceptation de la maladie par les patients s'est beaucoup améliorée par rapport au moment de la découverte du SIDA, la plupart s'insèrent bien dans le projet de soins qui se met en place après le dépistage et la plupart connaissent l'existence d'un traitement.

Un généraliste a relevé que des confrères généralistes ont le sentiment de ne plus voir de malades du SIDA. Il s'interroge sur le fait que les médecins le recherchent moins ou dans les mauvaises catégories.

M6 : « *Des fois, ils le savent, en fait. Ils le savent vu les risques. Des fois finalement, ça peut aussi lever une angoisse. Ça ne m'arrive pas non plus des tonnes de fois mais la 2^e fois il y avait des symptômes, donc ça expliquait les symptômes. Ça ne m'est jamais arrivé de l'annoncer à quelqu'un qui n'a aucun symptôme. Soit il y a les symptômes, soit j'ai bien vu qu'il s'en doutait.* »

Pour plusieurs généralistes, les patients sont souvent perdus de vue au niveau du cabinet après le dépistage positif parce qu'ils sont gérés ensuite par l'hôpital.

Pour plusieurs généralistes interrogés, le résultat positif entraîne une discussion sur la prévention de la transmission du VIH et des MST.

Un généraliste a relevé qu'il y avait une importance pour le patient séropositif à ce que son entourage ne soit pas informé du résultat.

Pour un généraliste, la plupart des patients séropositifs adhèrent au traitement et au suivi médical.

M12 : « *Non, on ne les voit pas régulièrement (les patients séropositifs). On les voit mais vraiment en catastrophe une fois comme ça. C'est une fois tous les 3 à 4 ans. Ils sont vraiment pris en charge par l'hôpital. Comme il leur faut un médecin référent, j'apparais régulièrement sur le listing des médecins traitants, des médecins désignés mais ce n'est pas*

pour ça que je les voie plus. Ils sont vus au CHU. Je reçois régulièrement parce que c'est bien fait le compte rendu du CHU. C'est un des services où on reçoit régulièrement alors qu'il y a d'autres services où on fait hospitaliser les gens on n'arrive jamais à avoir le compte rendu mais là non. Ce service-là, on reçoit régulièrement».

b) Le résultat négatif

Pour la majorité des généralistes interrogés, le résultat négatif entraîne une discussion sur la prévention du VIH et des autres IST.

Un généraliste ouvre la discussion sur la prévention dès la prescription du dépistage.

La majorité des généralistes interrogés n'étaient pas sûrs que cette discussion sur la prévention était forcément mise en pratique par les patients, parce que les comportements à risque ne sont souvent pas abandonnés par les patients.

Pour plusieurs généralistes, le soulagement du résultat négatif permet cette discussion sur la transmission et sur la prévention, discussion qui n'est pas souvent possible avec le patient au moment du dépistage.

Un généraliste a relevé que les prises de risque sexuel ne sont pas toujours évoquées par les patients.

Un généraliste a relevé que le dépistage systématique par le médecin avait moins d'effet sur la prévention des conduites à risque que le dépistage demandé par les patients eux-mêmes.

Un généraliste a noté qu'il arrivait plus facilement à discuter de la prévention du VIH lors des consultations en CDAG qu'au cabinet médical, en raison de l'anonymat du patient au CDAG, et à cause du fait de soigner toute la famille en cabinet de ville ceci étant source de blocage chez le médecin et chez le patient.

M8 : « Oh oui, ça libère. Les gens sont soulagés. Alors là, on peut parler beaucoup plus librement oui. Sûrement. Parce qu'à ce moment, on aborde en disant il n'y a pas eu. Mais sachez que telle ou telle situation, voilà. Oui, au contraire, ça facilite ...

Si c'est des hommes qui sont venus ponctuellement pour se rassurer, on ne les voit plus. Par contre les femmes, on peut reparler justement d'un dépistage annuel. Ça, j'aurais l'occasion de le faire. Pour les hommes, c'est au contraire, ouf je suis tranquille. Mais si on a eu l'occasion de dire attention parce que la re-infestation est possible, mais ça c'est des conseils qu'on peut donner aux gens mais est-ce que c'est suivi. »

V) Quelques spécificités du migrant africain en médecine générale

Au niveau de la prise en charge médicale, plusieurs spécificités concernant les migrants africains ont été évoquées par les généralistes.

Il y a d'abord le passé médical, qui peut être difficile à reconstituer, notamment l'exposition antérieure à des maladies infectieuses tropicales, les vaccinations réalisées ou encore la date de naissance officielle qui n'est pas toujours exacte.

Après la phase d'installation dans le pays d'accueil, il y a ensuite la rupture de suivi de certains patients; certains patients sont perdus de vue par le médecin généraliste, surtout les patients migrants récents, notamment en raison de déménagements plus fréquents que chez d'autres patients.

Il y a aussi les difficultés sociales et économiques; les démarches administratives pour bénéficier d'une couverture de santé ou autorisant le séjour, au moins pour les migrants récents; la barrière de la langue chez certains migrant; les difficultés financières chez le migrant précaire; tout ceci de nature à fortement limiter la prise en charge médicale, surtout pour les migrants récents.

Les généralistes évoquent enfin comme élément spécifique l'environnement culturel du migrant africain. Le poids de l'entourage familial, qui représente un avantage pour un généraliste et un handicap pour un autre; le recours à la médecine traditionnelle africaine; la représentation de la maladie chez certains migrants africains, qui n'est pas toujours comprise des soignants, et qui a un impact sur l'observance des soins et le suivi médical. C'est le cas d'un généraliste qui évoquait le cas d'un migrant africain qui vit son infection à VIH comme un sort.

Certains migrants africains donnent l'impression d'un recours trop ponctuel au système de santé; D'autres migrants, par contre, tombent dans la surconsommation de soins pas toujours justifiés.

Un généraliste a relevé qu'un argument en faveur du dépistage systématique de toute la population est qu'il permet d'éviter la stigmatisation d'un groupe ethnique même si ce groupe forme une population à risque.

M5 : « *C'est plus dans les soins. C'est le côté : de toute façon, ça devait arriver. Quelqu'un qui est né en France, je pense, même si de temps en temps, il va envoyer tout balader, il va plus facilement faire son traitement quand même. Dès qu'il va y avoir quelques effets secondaires, la personne va arrêter.* »

C'est quand même très entouré de famille. Et j'ai l'impression que c'est presque plus lourd le qu'en dira t on entre eux. La famille pèse beaucoup. Il y a une pression familiale qui est importante. »

VI) Formation des généralistes sur le VIH

Les généralistes interrogés se sont formés au VIH pour la plupart au travers de la formation médicale continue, parce que pour une majorité d'entre eux le VIH n'était pas encore connu à la fin de leurs études.

Soit par la formation continue formalisée dans les enseignements post universitaires (EPU) ou une formation spécifique telle un diplôme universitaire sur le VIH ou un diplôme de maladie tropicale.

Soit par une formation continue informelle dans les groupes de pairs ou les publications médicales disponibles sur le sujet.

Trois médecins généralistes ont été confrontés à cette maladie lors de leur pratique médicale dans un pays africain.

Certains généralistes ont peu de VIH parmi leurs patients africains, d'autres ne font pas partie d'un réseau pour le VIH, ce qui peut être source de difficultés pour la gestion de cette maladie.

M6 : « C'est lié à ça. Nous, on a été pile poil au moment où ça a été découvert; j'avais 12 - 13 ans, je me souviens encore des émissions où ils en parlaient aux infos. Donc je devais avoir cet âge là. Le moment nous de notre éducation sexuelle c'était VIH, VIH, VIH et nous on était au début où on était avec très peu de traitement et chaque antiviral, on l'a connu pendant qu'on était étudiant. On abordait beaucoup le dépistage (pendant mes études médicales) et le traitement pas du tout puisque les gens mouraient de syndrome de Kaposi, des choses comme ça.

... On a un correspondant avec qui on travaille, je pense que les autres médecins fonctionnent comme ça. Quand on a un cas, on sait où on l'adresse. Je fais partie d'un réseau, d'un système très rapide... Moi j'appelle, ils me disent vous avez rendez-vous, c'est l'interne qui le voit tel jour, à telle heure, telle date; vous faites ça, ça ça avant.

Mais il faut appeler. Moi je ne me vois pas dire au patient vous avez le SIDA, vous appelez là; j'appelle et je donne le rendez-vous, après si ça ne convient pas, on rappelle. Mais maintenant, je le fais pour beaucoup de choses, même pour les cancers. En fait, je préfères prendre 3 jours au plus, dire bon voilà, ce que je vous propose c'est ça, si ça vous convient, on part comme ça, si vous voulez autre chose, on fait autre chose. Je pense que c'est pas mal, même pour les gens. Moi j'imagines, on rentre chez soi, on a ça, on se dit ben maintenant, je fais quoi. Alors que je trouve que c'est mieux. Pour toutes les mauvaises nouvelles.

Je crois que c'est lié à mon âge. Chez les migrants, je le fais parce que, voilà. Sûrement parce que j'ai la notion que c'est une population à risque. Mais je le fais à tout le monde et ça c'est vraiment lié à mon âge. C'est à dire que moi, je suis de la génération où on a découvert le VIH quand j'avais 12, 13 ou 14 ans et à 17, 18 ans on était la génération préservatif. Donc en fait, on y pense beaucoup plus que les médecins plus jeunes ou plus âgés. C'est vraiment une question générationnelle, je pense. Nous, on a été élevé avec ça à notre jeune âge adulte. »

Un généraliste pense que le dépistage du VIH par les médecins est une question générationnelle, le dépistage est une évidence pour les médecins qui ont connu l'historique de la maladie.

VII) Les généralistes et les recommandations de l'HAS sur le dépistage du VIH

1 – Le dépistage systématique du VIH, un changement méconnu des généralistes

La majorité des généralistes interrogés ne connaissent pas les nouvelles recommandations de dépistage du VIH.

Pour la plupart des généralistes, ces nouvelles recommandations constituent une incitation à davantage de dépistage, notamment lors d'un premier bilan sanguin chez un nouveau patient.

Deux généralistes ont relevé que les hommes en général n'étaient pas souvent vus en consultation; et qu'il y a une difficulté à aborder le dépistage lorsque le motif de consultation ne s'y rapporte pas.

Pour un généraliste, il y a une difficulté à savoir si un patient a plusieurs partenaires, d'autant plus que la réponse ne sera pas forcément fiable.

Deux généralistes ont relevé la difficulté à faire le dépistage plutôt chez les patients que l'on voit depuis plusieurs années. Un autre a relevé que ces recommandations étaient une incitation au dépistage même chez les patients anciens, notamment les migrants anciens.

Un généraliste a relevé que ces recommandations constituent des arguments pour le médecin face au patient, sans avoir à évoquer une prise de risque ou un symptôme évocateur.

Pour un généraliste, le dépistage annuel relève aussi de la responsabilité des patients à se faire suivre régulièrement.

M10 : « Ça me paraît tout à fait judicieux, un peu comme on fait pour faire un statut initial. C'est vrai qu'on a un peu plus de mal à se mettre dans l'idée, moi personnellement, de demander systématiquement à tout homme ou toute femme; peut-être pas trop difficilement à des jeunes. Par contre à des gens de la quarantaine, pour moi, c'est un peu plus compliqué. Le fait d'être aussi clair, dire tout le monde, c'est vrai que c'est plus facile aussi de reporter après en consultation en disant, c'est pas obligatoire mais c'est ce qui est conseillé.

Et donc dans ces cas-là, si on a effectivement l'aval, c'est pour ça que je dis c'est une bonne chose, c'est de dire c'est un vrai problème de santé, il faut le faire. On n'est plus dans le personnel, on est dans le systématique. C'est plus facile à faire accepter puisque dans ces cas-là, on ne se met pas la personne en face de nous en disant : Ben je pense que vous avez dû prendre des risques et que vous ne voulez pas m'en parler, mais c'est normal qu'on le fasse. C'est un peu ce que je dis déjà quand j'ai des jeunes qui me disent mais de toute façons je ne vois pas pourquoi je devrais faire la sérologie puisque c'est mon premier voilà. Je dis : oui, mais c'est plus facile de dire ça à ton ami ou ton futur conjoint, en disant que bon, on fait ça avant, comme ça je te montre mon truc, je suis clean, et puis toi aussi, ce n'est pas pour savoir ce qui s'est passé avant, c'est simplement dire il n'y a pas de problèmes. Dans ce sens là, c'est plus facile. »

2 – Le dépistage systématique du VIH, une mise en application difficile

Pour la plupart des généralistes interrogés, le dépistage systématique est difficile à appliquer en pratique, encore plus le dépistage annuel chez les patients multipartenaires.

Un généraliste relève qu'il a du mal à faire le dépistage systématique sans motif précis. Pour un autre, il ne fait pas le dépistage systématique parce qu'il n'y pense pas forcément.

Un généraliste a relevé une difficulté personnelle à aborder en premier les conduites à risque pour le VIH avec les patients, notamment les prises de risque sexuel.

Pour deux généralistes, il y a une difficulté pour le médecin à classer ses patients dans les groupes à risque. Pour eux, les patients qui ont des prises de risques sexuels sont souvent eux-mêmes demandeurs du dépistage.

Un généraliste a relevé que c'est stigmatisant d'avoir un dépistage annuel chez les patients africains multipartenaires.

Un généraliste a relevé que les hommes sont peu vus en consultation, d'où la difficulté à leur proposer le dépistage.

Un généraliste a souhaité que les médecins puissent savoir par le biais de la carte vitale si un test VIH a été prescrit, puis fait et à quels dates. Cela dans le but d'éviter des dépistages répétés inutiles et justement de cibler les personnes qui n'ont jamais été dépistées.

M7 : *« On relance les femmes pour les frottis, on relance les gens pour d'autres examens de surveillance, on peut les relancer pour ça mais bon c'est peut être un petit peu différent ... Je veux dire je ne fais pas des interrogatoires policiers aux gens sur leur vie sexuelle.*

C'est à dire que chez les populations migrantes ou d'Afrique, on sait que ça fait un peu plus partie de la culture qu'il y ait une polygamie, entre guillemets, potentielle, qui est beaucoup plus importante. Mais bon qui n'est sûrement pas systématique. »

3 – Les propositions des généralistes pour améliorer le dépistage

Les recommandations pour améliorer le dépistage du VIH chez les migrants sont multiples selon les généralistes interrogés.

Il y a d'abord les actions de santé publique des autorités de santé.

Ce sont les actions de sensibilisation, tant en direction des généralistes pour renforcer leur adhésion aux recommandations HAS sur le dépistage, qu'en direction de la population migrante, action de sensibilisation qui existe déjà et qui nécessite d'être poursuivie.

Il y a aussi des propositions d'amélioration du dépistage systématique; le renforcer chez les migrants récents, notamment lors des consultations au PASS ou chez le généraliste; instituer un dépistage systématique à un âge précis de l'adolescence, lors de l'entrée dans la vie sexuelle.

Il y a les propositions d'amélioration des pratiques professionnelles.

Cela concerne notamment les relations entre les spécialistes hospitaliers du VIH et les généralistes, afin de maintenir le suivi par les généralistes des patients dépistés séropositifs.

Il y a la proposition d'utilisation des auto-tests de dépistage, dont l'introduction en France est prévue en 2014.

Deux généralistes ont relevé qu'un dépistage ciblé sur critère ethnique entraînerait une discrimination pour la population concernée.

Un généraliste a relevé qu'une sensibilisation de cette population à risque au dépistage par les médias risquait plutôt de renforcer la stigmatisation des migrants.

Pour plusieurs généralistes, le dépistage systématique à l'ensemble de la population permet d'éviter la stigmatisation de la population à risque.

Un généraliste a évoqué l'obligation de soins pour les patients séropositifs non observant du traitement pour des raisons de santé publique

Un généraliste évoque la possibilité pour la sécurité sociale de donner au généraliste un accès par la carte vitale à un espace numérique où on saurait quand a été fait le dépistage.

DISCUSSION

I) Analyse critique de l'étude

1 – Qualités de l'étude

Cette étude présente l'intérêt d'aborder le dépistage du VIH en médecine générale, qui reste une question de santé publique majeure et actuelle. (1)

Ce thème ayant fait l'objet de peu d'études, la présente étude permet un enrichissement de la littérature sur le sujet.

Le choix de l'analyse qualitative en entretien individuel permet à l'interviewé de développer jusqu'à son terme ses idées. Le modérateur utilisant les idées des précédents interviewés pour enrichir la discussion. Et l'ensemble des idées développées lors des entretiens est retenu parmi les résultats. (24)

2 – Limites de l'étude

Le choix de la méthode

Il a été demandé aux médecins généralistes de faire un effort de mémoire et de synthèse sur leur pratique personnelle du dépistage du VIH. Leurs réponses aux questions étaient certainement incomplètes, parfois surévaluées, parfois minimisées. Mais cela était atténué par le fait d'avoir retrouvé des réponses similaires chez plusieurs médecins et dans des villes différentes.

S'agissant d'une étude sur une catégorie de patients, le choix de n'interroger que les généralistes qui soignaient ces patients crée un biais de sélection.

Ce travail n'a pas été jugé par un observateur externe et indépendant mais par nous-même, d'où certainement une part de subjectivité à considérer entraînant un biais dans l'interprétation des données. (24)

Mais une triangulation partielle effectuée avec l'aide du directeur de thèse a permis de mettre en évidence les thèmes évoqués par les médecins interrogés.

La population étudiée

L'échantillon de généralistes n'est pas représentatif de l'ensemble des généralistes.

La population étudiée concerne essentiellement les migrants qui avaient accès au système de soins et peu les autres, même s'il est vrai que certains généralistes ont une consultation hospitalière au PASS (ils n'étaient que 3 sur 16).

Par ailleurs, la Haute Normandie n'est pas une région de migration africaine importante et cette région est moins touchée par le VIH que d'autres.

Les résultats ne peuvent donc être généralisés, à l'instar de ceux de la plupart des études qualitatives. Mais ils peuvent servir à l'élaboration d'enquêtes quantitatives sur des échantillons plus représentatifs.

Le biais de complaisance

Cette étude se fondait sur la discussion entre deux professionnels de santé, de la même spécialité médicale. Il y a donc à priori une convergence dans l'analyse des sujets abordés.

Par ailleurs, certains médecins ont pu participer à cette étude dans le but altruiste d'aider un futur confrère à terminer ses études.

II) Discussion des principaux résultats

L'information des médecins généralistes sur le dépistage VIH chez le migrant africain

La plupart des médecins généralistes interrogés sont bien sensibilisés au dépistage du VIH chez le migrant africain. Cela est conforme aux études récentes qui reconnaissent le migrant africain en Europe comme un sujet à risque pour le VIH. (7) (17)

Ce résultat se retrouve également dans les résultats de l'enquête faite par l'INPES en 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale. A savoir une pratique classique du dépistage du VIH qui était alors orienté vers une exposition à un risque ou une demande initiale du patient. (31)

Cependant la majorité des généralistes interrogés ne connaissaient pas l'incidence du VIH chez les migrants en France, la plupart sous estimaient cette incidence dans la population migrante.

Ceci peut traduire un défaut d'information de ces généralistes sur l'épidémie du VIH en France, pathologie qui pour le moins occupe une place médiatique importante : journée du Sidaction, publications régulières des avancées de la recherche dans les principaux journaux et dans les principales télévisions.

Les difficultés au dépistage du VIH chez le migrant africain

On constate que pour la moitié des généralistes interrogés, les données sur l'incidence du VIH chez les migrants en France en 2009 ne constituent pas pour autant une incitation au dépistage.

Ils ne sont ainsi pas convaincus de la nécessité du dépistage systématique. Lorsqu'on les interroge, la plupart des généralistes disent ne pas avoir de difficultés personnelles à proposer le dépistage.

Mais en pratique, ils évoquent de nombreux freins au dépistage. Ainsi, comme l'a relevé Nadine Sow dans une thèse en 2004, la peur d'avoir une pratique médicale discriminante fait partie des premiers obstacles au dépistage du VIH par les médecins généralistes. (25)

Ces mêmes freins au dépistage du VIH dans la population générale sont retrouvés dans une thèse de 2010 faite par Stéphanie Roussignol auprès des médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise. (29)

Les généralistes interrogés disent ne pas avoir de patients homosexuels ou se présentant comme tels parmi leurs patients migrants africains, ce qui est en rapport avec les données de la littérature sur la transmission du VIH en Afrique.

On retrouve chez les généralistes interrogés, un intérêt particulier du dépistage lorsqu'il est orienté dans des situations bien particulières :

— Tous les généralistes interrogés font le dépistage lors de la grossesse, la moitié des généralistes le fait de façon systématique.

— Tous les généralistes interrogés proposent le dépistage en cas d'IST, d'hépatite B ou C ou en cas de tuberculose. Pour la moitié des généralistes interrogés le dépistage est systématique dans le cadre d'une IST.

Pour la grande majorité des généralistes interrogés, le refus du dépistage est rare parmi leurs patients migrants africains.

Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres études. Ainsi, dans une étude en 2009, dans la communauté africaine de Belgique, 65% des personnes interrogés avaient réalisées leur dépistage, pour la plupart après leur arrivée en Belgique, mais surtout pour un faible nombre par leur propre initiative. (26)

Dans une étude sur les migrants d'Afrique sub-saharienne en Ile de France en 2007, 65% des personnes interrogés avaient déjà effectué le dépistage une fois dans leur vie et 60% l'avaient fait à l'initiative d'un professionnel de santé. (27)

Ce qui laisse penser que le retard au diagnostic observé en France pour le VIH n'est pas forcément à rechercher du côté du refus des patients.

Le dépistage du VIH dans la pratique quotidienne du médecin généraliste

Pour la majorité des généralistes interrogés, le statut sérologique des femmes est plus souvent connu que celui des hommes parmi leurs patients migrants africains.

La grande majorité des généralistes ne voit pas d'intérêt à utiliser un traducteur pour faire le dépistage.

Selon les généralistes interrogés, une sérologie positive entraîne d'abord une réflexion sur la meilleure manière de l'annoncer au patient. Elle est une source d'angoisse chez certains, mais ceux-là disent que la peur du résultat positif n'est pas de nature à les empêcher de faire le dépistage.

Pour la majorité des généralistes interrogés, le résultat négatif entraîne une discussion sur la prévention du VIH et des autres IST.

Même si la majorité des généralistes interrogés n'étaient pas sûrs que cette discussion sur la prévention était forcément mise en pratique par les patients, parce que les comportements à risque ne sont souvent pas abandonnés par les patients.

De nombreuses spécificités des migrants africains, en terme de prise en charge médicale, ont été relevé par les généralistes, à l'instar des difficultés financière chez le migrant précaire, des démarches administratives chez le migrant récent ou encore de la représentation de la maladie chez certains migrants.

Les généralistes interrogés se sont formés au VIH essentiellement à travers la formation médicale continue.

La majorité des généralistes interrogés ne connaissent pas les nouvelles recommandations de dépistage du VIH.

Pour la plupart des généralistes interrogés, le dépistage systématique est difficile à appliquer en pratique.

L'évaluation du dépistage systématique du VIH par le médecin généraliste depuis son instauration en France en 2009 ne fait pas encore l'objet de publications.

Un rapport d'expert de 2013 a proposé de revenir du dépistage systématique du VIH dans la population générale à un dépistage plutôt ciblé vers les groupes à risque. (4)

Ce rapport s'appuie sur la remise en cause du bénéfice coût efficacité du dépistage

systematique, sur les résultats d'études sur le dépistage systématique du VIH dans les services d'urgence qui montrent un faible impact en terme de santé publique. Enfin le rapport d'experts rappelle la faible intégration du dépistage du VIH dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, ainsi que la position du collège national des généralistes enseignants (CNGE), favorable à un retour au dépistage ciblé.

La proposition de retour à un dépistage systématique ciblé est aussi faite par Elodie Chapelet dans une thèse en Mai 2013. (28)

Cependant, dans une étude de 2012 auprès des médecins généralistes de Gironde et du Nord, préalablement formés et sensibilisés, on a noté une augmentation significative des tests de dépistage prescrits pour le VIH et les hépatites B et C, notamment auprès des populations à risque. (32)

La présente étude montre bien, dans le groupe de médecins généralistes que nous avons interrogés, une réticence des médecins généralistes au dépistage ciblé dans la population à risque des migrants africains, avec pour motif évoqué la peur d'une pratique médicale discriminante.

De plus, le retour au dépistage ciblé repose bien évidemment la question du risque de stigmatisation d'une catégorie de la population, en particulier les migrants.

Il nous semble que le dépistage systématique doit plutôt être encouragé et renforcé, tant comme outil de prévention et de promotion de la santé publique que comme moyen de réduire les diagnostics tardifs; Ceci après une confirmation de son bénéfice cout efficacité et de sa pertinence en médecine générale par des enquêtes à plus large échelle.

III) Perspectives

Sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt du dépistage systématique du VIH

La première perspective importante à relever est que la sensibilisation des généralistes à l'intérêt du dépistage systématique doit être renforcée.

Non seulement la plupart des généralistes interrogés ne connaissent pas la recommandation HAS en faveur du dépistage systématique, mais de plus, ils ne sont pas convaincus de sa nécessité.

La population migrante africaine constitue bel et bien un groupe à risque pour le VIH. Un dépistage ciblé sur critère ethnique peut entraîner une discrimination pour cette population.

L'intérêt du dépistage systématique étendu à l'ensemble de la population, au-delà de lutter contre le retard au diagnostic, est donc d'éviter la stigmatisation d'une population à risque.

Poursuivre l'information des migrants sur le VIH sans les stigmatiser

Certes une évaluation du dépistage systématique est prévue en 2015 par l'HAS. Mais la sensibilisation des généralistes à adhérer au dépistage systématique doit dès maintenant interpellé les autorités sanitaires.

Dans une thèse en 2013, Laura Federici relève que les migrants sont statistiquement moins suivis par un médecin généraliste, et ce d'autant plus que leur précarité est importante. (30) Ceci entraînant une surconsommation des urgences hospitalières par les patients migrants et un renvoi vers le médecin généraliste en premier recours dans le parcours de soins.

De plus, il faut poursuivre l'incitation de la population migrante africaine au dépistage du VIH. Mais cette incitation par voies de médias pose le risque d'une stigmatisation accrue d'un groupe ethnique. Cette incitation à grande échelle doit donc rester surtout communautaire et être renforcée en particulier pour le migrant récent, qui paraît être plus particulièrement à risque.

Renforcer l'intervention des généralistes dans la prise en charge des patients séropositifs

Il est important de relancer les réseaux ville – hôpital dans le suivi des patients séropositifs. Certes les médecins généralistes interrogés, reçoivent les courriers de suivis par les spécialistes de leurs patients séropositifs. Mais ils soulignent voir peu ou pas du tout ces patients en consultation dans leur cabinet.

Ainsi dans une étude en 2012, concernant des personnes vivant avec le VIH ayant consulté dans 59 services hospitaliers, 64% d'entre eux ont consulté un médecin de ville, généraliste ou spécialiste, dans les 6 mois précédents. Et leur séropositivité n'a pas été révélée à 20% des spécialistes de ville consulté récemment. (33)

Certains médecins généralistes interrogés disent avoir l'impression qu'il y a de moins en moins de malades du VIH.

Or l'on sait pourtant que le nombre de nouvelles infections VIH chaque année en France ne varie pas depuis 2007. Déjà dans une enquête en 2009, si la quasi-totalité des médecins généralistes sont amenés à prescrire des tests VIH, seulement 13% d'entre eux étaient amenés à annoncer une sérologie positive au cours des 12 mois précédents; de même, malgré le fait que les 2/3 des médecins généralistes ont des patients séropositifs dans leur

clientèle, seulement 30% d'entre eux assurent le renouvellement des antirétroviraux initiés à l'hôpital. (31)

Quelques pistes d'évolutions du dépistage du VIH

Il y a plusieurs pistes d'amélioration évoquées par les généralistes interrogés, qui doivent retenir l'attention :

- instituer un dépistage systématique à un certain âge de la vie, notamment au début de la vie sexuelle chez le jeune de 15 à 18 ans. Non pas tant pour dépister des sujets séropositifs que pour sensibiliser et faire de l'éducation à la santé.
- permettre aux généralistes l'accès aux données individuelles sur le dépistage, c'est à dire la possibilité de donner au médecin généraliste un accès par la carte vitale à un espace numérique sécurisé sur le site internet de la sécurité sociale où on saurait quand a été fait le dépistage, et éventuellement le caractère positif ou négatif de ce dépistage. Ceci dans le but de limiter les prescriptions inutiles du dépistage et de réduire le coût du dépistage systématique.

L'obligation de soins pour les patients séropositifs non observants du traitement, élément évoqué par un généraliste au cours de cette enquête, ne paraît pas nécessaire, puisque l'on sait que la transmission volontaire à autrui du VIH est punissable par la loi.

Une évaluation quantitative à large échelle sur les généralistes et le dépistage systématique présente tout son intérêt. Cela est prévu par l'HAS en 2015.

Enfin l'intérêt des auto-tests de dépistage ne pourra être évalué qu'après leur mise à disposition à l'échelle nationale.

CONCLUSION

Au vu de la mauvaise connaissance du VIH qui est perçue chez le migrant africain en France, ainsi que ses représentations chez le migrant africain notamment comme une mort sociale, l'on se serait attendu à une réticence majeure des patients migrants à faire le dépistage au cabinet de médecine générale.

Cette idée était renforcée par l'importance constatée du retard au diagnostic pour cette maladie en France, en particulier chez les migrants.

Les médecins généralistes interrogés au cours de cette étude nous disent que ce n'est pas le cas. Le refus du dépistage du VIH par le migrant semble plus être de l'ordre de l'exception.

Si les médecins généralistes que nous avons rencontrés savent que les migrants africains forment une population à risque pour le VIH, le dépistage ciblé vers cette population leur pose de multiples difficultés, à l'instar du problème éthique que soulève ainsi un dépistage selon l'origine ou la race.

Quant à l'extension du dépistage systématique à l'ensemble de la population, cette nouvelle recommandation de pratique est méconnue par la plupart des généralistes interrogés. De plus, il semble que la difficulté à la pratique du dépistage systématique tient aussi et surtout aux réticences personnelles des médecins généralistes.

Si les médecins généralistes pratiquent à ce jour dans les trois quarts des grossesses, un dépistage du VIH hors de toute notion de prise de risque et hors de toute obligation médico-légale, c'est parce qu'il semble que l'intérêt de santé publique est largement partagé. Pour rappel, selon les recommandations actuelles de l'HAS, le dépistage du VIH pendant la grossesse n'est ni obligatoire, ni systématique.

Certes la confirmation d'une réticence au dépistage systématique du VIH par une majorité des médecins généralistes de France nécessite des enquêtes plus approfondies.

Si tel était le cas, l'enjeu majeur pour les autorités de santé qui ont mis en place le dépistage systématique du VIH étendu à l'ensemble de la population est de sensibiliser les médecins généralistes à adhérer davantage à ce changement de pratique.

Grille thématique

THEMES ABORDÉS
La nécessité médicale de bien connaître son patient migrant
Le migrant africain, reconnu par les généralistes, comme un groupe à risque pour le VIH
Une incidence du VIH en France chez le migrant mal connue
Un dépistage orienté
Des freins au dépistage chez les médecins
Des freins au dépistage chez les migrants
Le dépistage dans des situations particulières
Le refus du dépistage par le migrant, une exception
Le statut sérologique plus souvent connu chez les femmes migrantes que chez les hommes migrants
Utiliser un traducteur, un intérêt limité
L'annonce du résultat
Quelques spécificités du migrant africain en médecine générale
Formation des généralistes sur le VIH
Le dépistage systématique du VIH, un changement méconnu des généralistes
Le dépistage systématique du VIH, une mise en application difficile
Les propositions des généralistes pour améliorer le dépistage

BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA, Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2012.- Genève, ONUSIDA, 2012, 212p. Disponible sur le site : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf
2. Boudjemai Y. Le médecin généraliste et les nouvelles stratégies de dépistage du VIH, enquête auprès des médecins généralistes de l'Oise, thèse Med: Université de Picardie. 2011; n° 07
3. HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. - Saint Denis, HAS, 2009, 41p.
Disponible sur le site: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

Argumentaire.
Disponible sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_867100/argumentairedepistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage
4. ANRS, CNS.- Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts, rapport 2013.- Paris, CNS, 2013,22p.
Disponible sur le site : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/dias_experts2013_arv.pdf
5. Ministère de la santé, Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014.- Paris, Ministère de la Santé et des Sports, 2010, 266p.
Disponible sur le site : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
6. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R et al. Découvertes de séropositivité VIH et SIDA – France, 2003-2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(9-10):154-62
Disponible sur le site : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9417
7. HIV / AIDS surveillance in Europe 2012
8. Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data : results for France. AIDS 2011; 25:1905-13
9. INVS, Surveillance VIH – SIDA, Région Haute-Normandie, 2014
Disponible sur le site : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Normandie/2014/Surveillance-sanitaire-VIH-Sida-en-Haute-Normandie.-Point-du-24-mars-2014>
10. Caritg JP. INSEE Haute-Normandie - Immigrés d'hier et d'aujourd'hui en Haute-Normandie.- AVAL, lettre statistique et économique de Haute-Normandie, 2011, 4p.
Disponible sur le site : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/aval/aval11103/img/aval11103.pdf
11. COMEDE, Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire.- Le Kremlin Bicêtre, COMEDE, 2008, 619p.
Disponible sur le site : <http://www.comede.org/IMG/pdf/guide-comede08.pdf>
12. CNS, Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH.- Paris, CNS, 2013, 12p.
Disponible sur le site : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-20-12_avi_fr_depistage.pdf

13. Ministère de la santé, Enquête Nationale Périnatale, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.- Paris, Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé, 2011, 132p.

Disponible sur le site :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
14. EUROSTAT, Migrants in Europe, a statistical portrait of the first and second generation, Eurostat statistical books, European Commission, 2011
15. INSEE, Fiches thématiques - Flux d'immigration - Immigrés - Insee Références - Édition 2012
16. EUROSTAT, Residence permits issued to non-EU citizens in 2009, Eurostat statistical books, European Commission, EUROSTAT 2011
17. ECDC, Migrant health : HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States, 2011
18. Trienekens S, Koedijk F, Van den Broek I, Vriend H, Op de Coul E, Van Veen M, Van Sighem A, Stirbu-Wagner I, Van der Sande M, Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011, RIVM 2012
19. Robert Koch Institute, HIV/AIDS-Eckdaten in Deutschland, Epidemiologisches bulletin, 2012.
Disponible sur le site : http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile
20. Robert Koch Institute, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin, 2012.
Disponible sur le site : <http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/2812.pdf>
21. Tanja C, HIV Surveillance among sub-Saharan African migrants in Germany, How could this be improved? Master's Thesis : Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2013.
22. PHE, Black Africans and black Caribbeans United Kingdom New HIV diagnoses to end of December 2012, Public Health England, 2013.
23. NICE, Increasing the uptake of HIV testing to reduce undiagnosed infection and prevent transmission among black African communities living in England, Barriers to HIV testing, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.
24. Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique, Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant, 2008; 368p.
25. Sow NV. Les obstacles à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du Sida chez les migrants d'Afrique subsaharienne : quelle est la part de responsabilité des généralistes? thèse Med : Université Paris 6. 2004; n° 2062
26. Manirankunda L, Loos J, Alou TA, Colebunders R, Nöstlinger C. "It's better not to know" : perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. AIDS Educ Prev. 2009 Dec; 21(6) :582–93.
27. INPES, Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements.- Saint Denis, INPES, 2007, 176p.
Disponible sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1044.pdf>

28. Chapelet E. Acceptabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale, thèse Med : Université de Nantes. 2013; n° 017
29. Roussignol S. Dépistage et prévention du VIH par les médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise, thèse med : Université de Rouen. 2010; n° 107
30. Federici L. La prise en charge des migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus, thèse med : Université de Paris 6. 2013; n° 72
31. INPES, Les médecins généralistes face au dépistage du VIH. Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? in Baromètre santé médecins généralistes 2009, Gautier A., dir. Saint-Denis :Inpes, coll. Baromètres santé, 2011, 137-155
32. Fagard C, Champenois k, Joseph JP, riff B, Messaadi N, lacoste D, *et al.* Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. Bull épidémiol Hebd. 2014;(21-22):395-400.
33. Jacomet C, Cormerais L, Peyrol F, Guiguet M, Simon A, Berland, *et al.* Parcours de soins des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(24-25):422-8

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?
rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France.
Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?
Pourquoi ?

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

«Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

- Incitation au dépistage systématique
- frein au dépistage
- Autre

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,
comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

- aucune
- abord de la sexualité
- peur de stigmatiser une population
- barrière de la langue
- peur de l'annonce d'une maladie grave
- manque de formation à la maladie VIH
- Autre

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont elles ?

Comment perçoivent ils cette maladie ?

- Maladie incurable / Maladie mortelle / Maladie honteuse
- Maladie traduisant un comportement sexuel à risque
- Maladie chronique comme une autre
- Autre

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

- comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...
- patient homosexuel
- projet de mariage
- retour du pays natal après un séjour prolongé
- Grossesse
- interruption volontaire de grossesse (IVG)
- contraception
- VIH connu chez un membre de l'entourage
- symptômes évocateurs d'infection opportuniste
- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

- Peur du résultat positif
- Absence de symptômes
- Absence de comportements sexuels à risque
- Difficultés socio économiques
- Barrière de la langue
- Défaut d'information sur la maladie
- Autre

Devant un refus du dépistage, remettez-vous en question votre façon de procéder ?

III - connaissez-vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

- Oui
- Non
- Pas au courant
- Autre

rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à

l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne »

- Que vous inspirent ces recommandations ?
- Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- si oui, comment l'expliquez vous ?
 - Suivi médical plus régulier chez les femmes
 - demande de recherche du statut viral plus important chez les femmes
 - Autre

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

- Oui
- Non

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

- Peur de l'annoncer au patient
- soulagement d'avoir une confirmation diagnostique
- Autre

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

- Dans l'éviction de comportements sexuels à risque

- Dans le suivi médical ultérieur
- Dans le dépistage des autres IST,
- Dans l'abord de la santé sexuelle lors des consultations ultérieures

IV- Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

- Au niveau de la politique nationale de santé
- Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

- Comment vous êtes vous formé à la prise en charge médicale des migrants africains ?
 - Par expérience professionnelle
 - Formation universitaire spécifique
 - Autre
- Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

VI- Comment vous êtes vous formé au VIH ?

- Au cours des études médicales
- Diplôme spécifique
- Formation continue / Groupes de pair / Revues médicales
- Dans le cadre de la pratique quotidienne
- Participation à un réseau de santé pour le VIH
- Autre

ENTRETIEN M1

Recrutement téléphonique de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Seine maritime par un entretien préalable.

1 - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

2 - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

personne récemment arrivée sur notre territoire en provenance d'Afrique (du Senegal au Kenya), ou du Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc)

correction par définition de l'INSEE si mauvaise définition

« Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française. »

3 - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Non

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Ce n'est pas ce que je vais leur proposer en premier parce que je pense que ce doit être assez traumatisant pour quelqu'un qui vient voir un médecin pour la première fois d'entendre : toi, tu as peut être le SIDA, je veux le savoir.

Par contre ça peut rentrer dans le cadre d'un bilan général, quand on propose une prise de sang, si j'y pense, je vais le rajouter. Surtout si je sais que le patient a plusieurs partenaires sexuels.

Voici quelques données actuelles du dépistage du VIH dans cette population

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français. »

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

C'est beaucoup. C'est énorme pour les femmes.

On se pose la question : est ce que c'est parce qu'elles vont avoir plus recours au médecin, et donc on va plus avoir tendance à les dépister ?

Notamment pour la contraception. Les hommes, il y a des classes d'âges qu'on ne voit pas tellement. Est ce qu'il n'y pas un biais lié au fait que les femmes se font plus dépister que les hommes?

En quoi, cela peut il modifier votre pratique médicale personnelle ?

Oui, cela incite à plus dépister parce que je trouve énorme la proportion de dépistages positifs dans la population migrante. Je ne pensais pas (à ce point).

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb, abordez vous avec eux leur ressenti du VIH ?

Non, c'est lorsque je vais leur faire un bilan général.

En huit ans, je n'ai eu qu'une sérologie de dépistage revenue positive. C'est vraiment très peu. Je vais peut être le proposer à des gens que je ne connais pas pour la première fois.

Il y a aussi les femmes enceintes.

Mais c'est vrai que dans le cadre normal, quelqu'un qui est marié, hétérosexuel, je vais peut être avoir moins tendance à aller faire un HIV, alors qu'il peut très bien avoir des conduites à risques, avoir des relations extra conjugales, on n'en sait rien.

Lorsque je fais le bilan et que la sérologie est négative, je leur dis et ça permet d'aborder l'utilisation du préservatif chez les hommes célibataires et surtout les risques de stérilité chez les femmes liés aux autres MST différentes du VIH

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non, je n'étais pas au courant. Je ne le savais pas.

rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Maintenant que je le sais, je vais peut être y faire plus attention.

Mais il est vrai que ce ne sont pas les hommes (migrants) africains que l'on voit le plus.

On voit les femmes pour le suivi gynécologique ou le suivi des enfants, mais c'est rarement les papas qui viennent.

Des fois les papas travaillent sur Paris ou sont dans le bâtiment, les travaux de force.

En quoi ces recommandations peuvent elles modifier votre pratique médicale ?

Ces résultats me sensibilisent forcément à faire davantage de dépistage parmi mes patients africains, en particulier chez les hommes.

IV- chez vos patients qui sont migrants africains,
Faites vous un dépistage du VIH ?

Oui

Comment faites vous pour organiser ce dépistage ?

Généralement, je fais un bilan sanguin tous les 2 ans, pour dépister du cholestérol et tout. Donc j'essaie de prescrire le HIV à ce moment là.

Mais maintenant que tu me le dis, je pense que je ne prescris pas assez systématiquement. Mais je pense que ça a un coût aussi. Je ne sais pas si on fait bien de le prescrire systématiquement aussi

Quand j'examine mon patient ou quand je crée un dossier, j'essaie de savoir s'il est marié, s'il vit seul, s'il vit en couple, ça peut être une porte d'entrée pour poser les questions du type du dépistage.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non.

Quelles sont d'après vous les situations particulières qui risquent de freiner une proposition de dépistage du VIH ?

Je n'ai jamais eu de gens qui refusent. Généralement, c'est quelque chose que les gens connaissent.

On a un peu plus de mal avec les jeunes ici en France, en disant qu'il faut se protéger et tout parce qu'ils sont nés le SIDA existait déjà, et ils pensent qu'il y a un traitement et tout.

Je n'ai jamais eu de refus. Je pense que quand on pose la question, les gens se disent tout compte fait, j'aimerais bien savoir si je suis contaminé ou pas.

Parce qu'ils se rappellent avoir eu une conduite à risque un jour.

Que pensez vous d'une proposition de dépistage dans les situations suivantes :

Le dépistage du VIH me semble difficile dans la situation suivante :
patient homosexuel :

Déjà, on ne voit pas souvent les hommes, en plus le temps qu'ils arrivent à dire qu'ils sont homosexuels.

Honnêtement, je n'ai pas de patient homosexuel et migrant africain.

Par contre, chez mes patients homosexuels, forcément j'insiste sur la prévention

Puisqu'on sait que les risques est plus élevé pour cette population.

Retour du pays natal après un séjour prolongé :

si le patient est seul en consultation, ça va être plus facile que s'ils viennent en couple.

On a beaucoup de patient sénégalais ici dans le quartier, c'est vrai que je ne le propose pas systématiquement.

Le dépistage du VIH me semble facilité dans la situation suivant

Projet de mariage :

Dans le bilan pré-nuptial, il n'est plus obligatoire. Donc on voit beaucoup moins de gens pour ça. S'ils viennent pour un bilan pré-nuptial, oui je le propose systématiquement à tous les deux, le dépistage du VIH, mais aussi des autres MST.

Interruption volontaire de grossesse :

Je suis un médecin qui fait de l'IVG. Je vois rarement des femmes d'origine africaine.

Peut être parce que je suis un homme et que la plupart sont des femmes musulmanes.

Peut être parce que chez moi, il faut faire l'avance des frais, sauf s'il y a la CMU

Quand c'est un couple, et qu'il y a eu un problème d'oubli de pilule, je ne propose pas de

sérologie VIH. Par contre si c'est une relation non protégée ou un accident de préservatif, je propose un bilan avec le VIH et les autres MST.

Contraception :

Oui, je le propose systématiquement à toutes mes patientes.

Dans le cadre d'une infection opportuniste ou d'une autre MST :

Oui parce que ce sera dans le cadre d'un bilan général.

Le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Oui

si oui, comment l'expliquez vous ?

Les hommes sont moins vus en consultations.

Les femmes migrantes africaines ont quand même un taux de natalité qui est supérieur à la moyenne nationale et donc on les suit pour les grossesses, et donc dans la déclaration de grossesse, on fait un HIV. Donc là on connaît leur statut immunitaire à 2 ou 3 ans près.

Mais maintenant, je ferais peut être tous les ans. Mais je ne voudrais pas non plus que ce soit discriminant pour mes patients africains.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non. Je prescris le bilan et je ne le dis pas forcément parce que si la personne ne comprend déjà pas le français, au moins j'aurais le résultat. Je sais que normalement on ne devrait pas le faire. C'est aussi pour rassurer le soignant parce qu'on va faire plus attention si on sait que la personne est séropositive.

Chez les patients qui refusent le dépistage, explorez vous les raisons de ce refus ?

Je n'ai jamais eu de refus de dépistage.

Quel est votre ressenti d'un résultat positif ?

C'est très angoissant.

J'étais externe en maladies infectieuses à Rouen, dans les années 1990 au moment de la découverte du SIDA, on avait des traitements qui ne marchait pas, on ne savait pas le prendre en charge, on n'avait pas les réponses aux questions des patients.

C'était des services durs moralement.

Donc l'annonce du résultat positif m'a renvoyé à ça. Je me suis dit, il y a peut être des traitements qui sont mieux maintenant comme les tri thérapies, je n'y connais plus rien. Et en parlant avec la référente du VIH à l'hôpital, je lui ai dit que je suis complètement perdu et donc elle m'a envoyé les dernières mises à jour.

J'espère inconsciemment ne pas en avoir dans mes patients parce que c'est difficile.

Ce n'est pas du tout facile de l'annoncer au patient, parce que je sais que la maladie est dangereuse Etant moi même parent, je pense au risque pour mes enfants quand ils auront une vie sexuelle.

Quel est d'après vous le ressenti du patient devant un résultat positif ?

Ça m'est arrivé une fois, et c'est le laboratoire qui m'avait contacté et qui avait contacté aussi le patient en lui disant de venir me voir.

C'était un patient qui se doutait du résultat positif. Et je l'ai orienté vers la référente pour le VIH de l'hôpital. Et la semaine dernière, il m'a contacté pour un certificat mais ça faisait 2 ans que je ne l'avais pas vu.

Quels sont les conséquences d'un résultat négatif ?

Quand je leur annonce un résultat négatif, ça me permet de parler de l'utilisation du préservatif. Mais Je ne sais pas si c'est forcément suivi en pratique par mes patients.

Quelles sont les conséquences en cas de résultat positif ?

Le patient se doutait du résultat positif car il avait eu des conduites à risque et il avait su qu'une partenaire était séropositive. Donc pour lui, c'était une confirmation.

Je pense que c'est tout à fait différent lorsqu'on fait une découverte fortuite.

Le respect du secret médical était important pour ce patient parce qu'il est venu me voir alors que je n'étais pas son médecin traitant. Son médecin traitant connaissait sa famille, le patient était homosexuel par ailleurs.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Il y a un risque de discrimination à proposer un dépistage systématique sur critères ethniques.

VI- quelles spécificités concernant la prise en charge médicale des migrants africains pouvez vous relever ?

Les chiffres de l'HAS et de l'INVS, je ne les connaissait pas, donc je vais faire beaucoup plus attention maintenant parce que je trouve ça énorme.

Je vais donc prescrire plus de tests.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Je connais la référente VIH à l'hôpital du Havre.

Ce n'est pas par les médias mais l'on sait que c'est une maladie dont l'incidence progresse et qu'il faut proposer systématiquement un dépistage.

ENTRETIEN M2

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Seine maritime par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Toute personne née dans un pays d'Afrique.

Correction par définition de l'INSEE si mauvaise définition :

« Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française. »

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oui

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui, car l'on sait que le VIH sévit davantage dans les pays d'Afrique notamment en région sub saharienne. Je suis sensibilisé à cette question même si ce n'est peut être pas suffisamment.

Voici quelques données actuelles du dépistage du VIH dans cette population :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français. »

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Je n'avais pas ces notions.

En quoi, cela peut il modifier votre pratique médicale personnelle ?

Forcément, ça sensibilise. C'est un élément qui incite à dépister davantage.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb, abordez vous avec eux leur ressenti du VIH ?

Oui.

Ont ils des difficultés à en parler ?

Oui bien sur. Toujours.

Lorsqu'il y a un motif de consultation tel qu'une relation avec une personne, le sujet du VIH est abordé, lorsque la personne vient consulter pour une infection, notamment génitale ou urinaire, le sujet est facilement abordé; ou encore avant le mariage et cetera.

Mais demander d'emblée la situation VIH, il est vrai que je ne le fais pas systématiquement, je devrais peut être le faire

Comment vous y prenez vous pour aborder cette question ?

Je n'aborde pas forcément le sujet malheureusement.

Lorsque les patients viennent consulter pour un motif précis, il est difficile d'aborder le sujet qui est hors motif initial de consultation.

Evidemment, si le patient vient pour une altération de l'état général ou une infection, c'est tout à fait différent. Là on va avoir un prétexte pour élaborer davantage le dépistage. Dans le bilan général, on va insérer la sérologie VIH systématiquement.

Mais dire d'emblée à la personne qui se présente au cabinet médical (on vous propose un dépistage), c'est un peu délicat car ils ne se présentent pas forcément pour ça.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

J'ai dû les entendre ou en faire la lecture.

Est ce que j'ai tout retenu? Je ne peux pas vous le confirmer.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Le premier propos, oui, j'en avais entendu parler. Les autres non .

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Oui, applicables à condition qu'on puisse voir les patients parce qu'on ne les voit pas systématiquement non plus. C'est tout à fait le hasard qui fait qu'on rencontre les patients.

Malheureusement en médecine générale ils ne viennent pas forcément pour le dépistage. Ils viennent pour autre chose. Donc le sujet est parfois oublié lors de la consultation. Ça c'est le vrai

problème.

Tant qu'il n'y a pas un bilan sanguin pour un motif précis, demander systématiquement aller vous faire dépister, je dois dire que je ne le fais pas systématiquement.

Ma population africaine est essentiellement étudiante. Je ne la vois pas régulièrement. Donc je ne peux pas déterminer la fréquence au préalable. C'est uniquement au gré des consultations qu'il (le dépistage du VIH) va être proposé.

En général, ce sont des jeunes qui sont bien portants. Par conséquent, on n'est pas tellement dans la pathologie.

IV- chez vos patients qui sont migrants africains,
Faites vous un dépistage du VIH ?

Oui

Comment faites vous pour organiser ce dépistage ?

Pour le VIH, on est obligé d'alerter le patient donc on ne peut pas le faire à l'insu du patient sauf pour un bilan général pour maladie.

A ce moment là, je ne demande pas son avis. Il vient pour une altération de l'état général ou pour un motif quelconque, là c'est moi qui décide du bilan.

Par contre, si c'est un dépistage ou une anticipation éventuelle, je suis obligé de lui dire.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Quelles sont elles ?

Oui, bien sur. Ça reste un sujet tabou même pour le médecin.

C'est la peur de la maladie probablement, un déni. Il y a certainement aussi la peur du résultat positif qui freine car on ne sait pas quoi faire dans cette situation.

Quelles sont d'après vous les situations particulières qui risquent de freiner une proposition de dépistage du VIH

Peut être, la culture. La religion aussi.

Je pense que les patients de confession musulmane sont plus réticents, il y a un frein.

Il y aurait une connotation péjorative par rapport à la conduite exemplaire qui est attendu, il me semble qu'il y a un déni. On n'élabore pas tellement la sexualité, les comportements à risque.

Du coup, on reste un peu sur sa faim. On ne va pas plus loin que ça quand on voit qu'une personne est repliée sur elle même par rapport à une sexualité antérieure.

Ce n'est que dans le cadre du bilan général que la proposition de dépistage reste neutre, en association avec un bilan pour le cholestérol ou le diabète car la proposition isolée du dépistage du VIH reste difficile à faire accepter.

Que pensez vous d'une proposition de dépistage dans les situations suivantes :

Le dépistage est facilité dans les situations suivantes :

patient homosexuel

projet de mariage

Grossesse

interruption volontaire de grossesse (IVG)

contraception

on fait moins fréquemment le dépistage du VIH dans cette situation

mais c'est un motif qui permet de dévier la conversation sur les MST

symptômes évocateurs d'infection opportuniste

contexte d'altération de l'état général

VIH connu chez un membre de l'entourage

c'est un argument pour mieux aborder le sujet. La personne sera plus réceptive

*Le dépistage est difficile dans les situations suivantes
retour du pays natal après un séjour prolongé
il y a un frein car on s'immisce dans la vie privée de la personne
et on est soupçonneux par rapport à son comportement*

Le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?
Non, ce n'est pas le cas parmi mes patients.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage ?
Jamais.

Chez les patients qui refusent le dépistage, explorez vous les raisons de ce refus ?
*Les patients n'avancent pas de raisons. Ils disent non, ce n'est pas la peine
A partir du moment où il y a le refus, on ne va pas plus loin. On reste discret. Ça m'est arrivé
une ou deux fois, certaines femmes qui m'ont dit ce n'est pas nécessaire, ce n'est pas la peine.*

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?
*Bien sur, on est frustré.
Je n'ai pas d'arguments en cas de refus. On est obligé de passer à un autre sujet parce qu'il y
a un refus. Alors développer les arguments autour du VIH, c'est compliqué.
Forcément à ce moment là, il faut parler du contexte, des antécédents et des comportements de
la personne. Est ce que la personne va accueillir ces propos ? ce n'est pas sûr. Du coup, il y a un arrêt
de la conversation*

Comment se déroule l'annonce du résultat ?
Le résultat positif ?

*Je n'ai pas eu beaucoup de situations. Elle est brutale, malheureusement.
Il n'y a pas de diplomatie. On est obligés de dire que vous êtes positif. Ça m'est arrivé 1 ou 2 fois*

Le résultat négatif ?
Cette annonce est comme toutes les autres annonces de résultats

Quel est votre ressenti d'un résultat positif ?
*C'est toujours très difficile.
D'abord on n'a pas le patient tout de suite. Le laboratoire téléphone. Il y a des frissons.
Et puis, on attend jusqu'à l'annonce du résultat, c'est quand même dur. On y pense.
C'est vrai que c'est une annonce extrêmement dure.*

*C'est peut être même plus dur que l'annonce d'un cancer. Parce que le cancer arrive assez
souvent. Parce que, pour moi, le VIH est pris en charge dans une unité indépendante et le médecin
traitant est moins associé à cette prise en charge; contrairement à d'autres maladies, cancers du
colon ou du sein, cancer quelconque, même les maladies en phase finales, on est présent.
Du coup, l'inconnu entraîne une certaine réticence, une solitude.
Peut être parce que je ne fais pas partie d'un réseau de soins. Mais on a très peu de
correspondances.*

*On ne s'est pas s'y prendre à mon avis si la situation devient délicate. On sait par exemple
qu'un cancer peut donner des métastases. Du coup il y a certainement une peur de gérer les
complications du SIDA. Et c'est ça qui pèse au moment de l'annonce du diagnostic.*

*Le fait de ne pas savoir comment gérer si un élément nouveau arrive. En ce qui me concerne,
ça me fait douter sur l'avenir de la maladie.*

Quel est d'après vous le ressenti du patient devant un résultat positif ?

*On ne sait pas trop parce qu'on ne les revoit que très tardivement. Une fois qu'ils sont positifs,
ils sont adressés à l'hôpital. Pendant une longue période, on ne les voit pas après l'annonce. On les
revoit éventuellement une fois par la suite, l'annonce est déjà digérée. On est déjà dans une phase de
traitement, de prise en charge hospitalière en court circuitage entre l'annonce et le choc éventuel que*

le patient subit à ce moment là.

Parce qu'on passe vite la main et on revoit le patient malade et traité. On ne sait pas exactement ce qui s'est passé entre deux.

Les patients ne reviennent pas nous voir parce qu'il y a une prise en charge assez complexe avec des consultations assurées par l'hôpital.

Je pense que la phase émotionnelle est probablement prise en charge par l'équipe hospitalière. J'ai plusieurs personnes qui sont traitées mais je n'ai pas eu à assumer l'annonce et puis le fardeau de la découverte de la maladie pour le patient

Heureusement, les patients que je suis vont bien. Je pense à 3 patients séropositifs qui vont bien. On est dans une dynamique optimiste.

Ils arrivent avec des CD4 qui sont impeccables, ils n'ont pas d'effets secondaires. On n'est pas dans la douleur.

Quels sont les conséquences d'un résultat négatif ?

Non il n'y a pas de changements particuliers chez le patient.

Il y a un soulagement par rapport aux résultats, c'est tout. Point final. Rien d'autre.

(l'effet est) Très limité. Résultats négatifs, on est rassurés. Voilà.

Cependant, il y a un effet sur la prévention

Quelles sont les conséquences en cas de résultat positif ?

Le patient part à l'hôpital et c'est là je pense qu'on aborde le dépistage du VIH dans l'entourage.

J'ai 4 patients séropositifs. Le dépistage des MST est beaucoup plus géré au cabinet médical. Il est facilité en cas de résultat positif pour le VIH

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

L'hôpital devrait davantage associer les médecins de ville à la prise en charge du VIH.

On serait obligé de mettre l'accent sur la race : parce que vous êtes africains donc vous devez passer le test. Mais est ce qu'on peut avoir ce discours ?

Le dépistage en fonction de l'ethnie ou de la race, c'est vrai que ça nous met en situation difficile. Je ne le fais évidemment pas parce que je considère de façon pareille tous mes patients.

Quand il y a une réticence quel que soit le patient, je respecte sa réticence. Je ne vais pas plus loin. Il faut une information grand public, ciblée à la population à risque. A ce moment c'est plus facile pour le médecin traitant de mettre en exergue le dépistage. La population africaine en France doit être avertie du risque, je ne sais pas par quel moyen de publicités. Il faut une promotion générale qui incite la population à venir chez le médecin.

Il faut d'abord sensibiliser la population.

VI- quelles spécificités concernant la prise en charge médicale des migrants africains pouvez vous relever ?

Non il n'y a pas de prise en charge particulière pour cette population.

Il y a un risque plus important de patients perdus de vue entre le suivi hospitalier, le retour au pays, les déménagements. C'est la particularité d'une population migrante. En cas de changement de situation familiale ou professionnelles, les personnes s'en vont.

La population migrante est par essence très mobile. Il faut tenir compte de la possibilité de perte de vue plus importante. C'est la principale spécificité de cette population que je remarque.

Non, il n'y a pas plus de retard dans le recours aux soins dans cette population. On a des patients migrants qui vont exiger tout un bilan et d'autres qui ne vont pas consulter.

Le statut sérologique plus connu chez les femmes que chez les hommes s'explique par les maternités. Les hommes consultent peu. De plus, les femmes viennent consulter pour la contraception.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Pendant les études, on ne connaissait pas le VIH.

La maladie n'existait pas quand j'ai fait mes études médicales. Il n'y a pas eu de formation particulière. J'ai été sensibilisé au VIH à travers les médias, la lecture, les réunions de travail

ENTRETIEN M3

Recrutement téléphonique de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Seine maritime par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Toute personne partant d'Afrique noire pour venir s'installer en France ou de passage par la France.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Bien sûr. Des migrants, je n'en ai pas tant que ça. J'ai beaucoup de patients d'origine africaine, mais qui ne sont plus dans la situation de migrants, qui sont déjà installés. Donc dans une situation déjà régularisée.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui

Pourquoi ?

Parce que le VIH est très important là bas. Parce qu'il est très répandu.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Je ne savais pas à ce point là. Mais je savais que c'est un problème beaucoup plus important en Afrique que chez nous. Quand j'ai des patients que je vois, je fais facilement une sérologie VIH, oui.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Non.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

J'insisterais sur l'aspect prévention, que maintenant ça se traite très bien. Ce n'est pas une maladie honteuse. Et que l'espérance de vie est quasiment identique à une personne séronégative.

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Je le fais dans le cadre d'un bilan général.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non, ça ne me pose pas de problèmes.

Par contre, c'est vrai que je ne parle pas facilement de la sexualité des gens s'ils ne sont pas venus m'en parler. Je ne le demande pas systématiquement, loin de là.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Ils ne disent pas exactement comment ils le vivent et parfois il y a une réticence à faire le prélèvement

Sans forcément justifier le refus ?

Oui. Parfois ça m'est arrivé de le demander et de le redemander parce que je savais que le conjoint était atteint, les gens se défilent.

Le VIH rentre plutôt dans le cadre de la maladie honteuse.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Oui s'il m'a mis au courant oui.

patient homosexuel

S'il me l'a dit spontanément, oui.

projet de mariage

Théoriquement, moi je suis resté avec l'habitude de faire un bilan pré-nuptial, même si ce n'est plus légal. Je n'ai pas une telle situation en tête, mais oui je le ferai.

retour du pays natal après un séjour prolongé

Si j'y pense.

Grossesse

Oh oui.

interruption volontaire de grossesse (IVG)

Je ne suis pas souvent confronté, car c'est mes collègues qui voient les cas d'IVG. Donc je n'ai pas de cas en tête.

contraception

Je ne fais pas beaucoup de gynécologie parce que je suis avec 3 femmes (collègues). Les fois où je fais ça, je ne demande pas de sérologie VIH.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Oh Oui. Si j'ai une suspicion, oui, je le fais.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Tout ce qui peut être une infection sexuellement transmissible, me conduit à faire une sérologie VIH.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

J'ai eu un refus.

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

La personne se fermait complètement. Son mari était atteint. Et d'ailleurs quand elle l'a fait elle aussi était atteint. Et je l'ai perdu de vue.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

J'ai réussi à le faire. Mais au bout d'un certain temps. Et après, je l'ai perdu de vue.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Oui, le dépistage est désormais systématique, on ne recherche plus un groupe à risque

particulier.

Comment avez vous eu cette information ?

Parce que je l'ai lu. Et je le dis aux gens qu'on fait de façon systématique.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière ».

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Le problème c'est que ce n'est pas toujours facile de demander aux patients s'ils sont multi-partenaires. De plus, la réponse n'est pas forcément sincère.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

En quoi ces recommandations peuvent elles modifier votre pratique médicale ?

Je connais la recommandation. Est ce que je le fais aussi régulièrement que je devrais le faire? Certainement pas.

Et pourquoi ?

Parce que je n'y pense pas forcément, tout simplement.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Je n'ai pas beaucoup de patients séropositifs.

Je ne peux pas dire si c'est plus fréquent chez les femmes ou chez les hommes.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non, jamais. Parce que je n'ai jamais été confronté au problème.

Notamment quelqu'un qui ne parle pas la langue et à qui je dois faire le dépistage du VIH.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Ah ben, justement je me demandais comment j'allais le dire. Comment annoncer une mauvaise nouvelle ? Donc plutôt un matin, en donnant un espoir de traitement, en regardant l'avenir, en disant aux gens de revenir me voir et qu'il fallait qu'ils reviennent avec leurs femmes.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Je n'ai eu qu'une fois à le faire. J'ai fais venir la personne plutôt un matin. Et je lui ai dit en lui laissant la porte ouverte, en lui disant qu'il pouvait revenir, qu'on allait mettre en route un traitement, que j'allais l'envoyer voir les spécialistes. La personne se doutait du résultat.

Parce qu'il était dans un état épouvantable.

Quelles changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat positif?

Disons après, ça a été très vite. Il a été traité, il allait beaucoup mieux. Après il est reparti en Afrique, il s'est fait assassiner à un barrage.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Ils ne sont pas aussi soulagés qu'ils seraient effondrés si le résultat était positif.

Le comportement à risque, les gens ne nous le disent pas tellement. Je ne peux pas savoir. Et surtout si c'est une femme; elles sont très discrètes. Donc, je ne peux pas savoir ça.

Et de toutes façons, la sexualité des gens, je pose pas forcément trop de questions parce que je ne suis pas sur qu'ils me diraient la vérité. Donc ça ne sert à rien.

Si on arrive à la conclusion avec la personne qu'elle prend des risques, oui. (il y a un

changement dans le dépistage des MST et le suivi médical)

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Je pense que les messages télévisuels sont d'une très grande efficacité. C'est ce qu'il y a de plus efficace ; bien plus que ce qu'on peut dire, nous.

Déculpabilisation. On est pas du tout dans une relation hiérarchique, on est dans une relation d'aide. Si c'est moi qui propose, oui, ils vont le faire mais si on veut à une grande échelle, il faut que ce soit par vulgarisation. Et puis par des documents dans les salles d'attente, oui.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Moi ce n'est pas vraiment pour le VIH que j'ai eu un problème.

C'est un monsieur qui était hypertendu et diabétique, pas très observant, avec un suivi très irrégulier aussi bien pour les bilans sanguins que pour les avis spécialisés. Donc je lui disais qu'il devait le faire, sinon il allait tomber malade. Il est parti très en colère un jour, en claquant la porte.

Sur le coup, je n'ai pas très bien compris. Et après j'ai compris que moi j'étais dans un message de prévention et que pour lui je lui jetais un sort. Et on n'était pas du tout en phase. Du coup, j'étais complètement à côté de la plaque et il est parti ailleurs. C'est pas que ce soit grave mais du coup j'ai complètement échoué. Ça c'est une leçon que j'ai retenu.

Maintenant je fais très attention dans mes messages de prévention, pour pas que ce soit mal interprété. Moi je ne suis jamais allé en Afrique, je ne sais pas du tout l'image de la maladie qu'ont les gens là bas. Là j'ai fait une grosse erreur, je l'ai fait dans le suivi du diabète et de l'hypertension mais j'aurais pu le faire sur le VIH.

Y a t il un retard à la consultation dans cette population?

Non, je crois que les gens savent bien que l'accès à la santé est une chance. Et ils sont très vigilants dessus. Ils ne vont pas laisser passer cette chance.

Comment vous êtes vous formé à la prise en charge médicale des migrants africains ?

Je fais partie du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale). J'ai participé à un séminaire ou à cours sur le patient migrant. J'ai lu des articles pour m'y préparer. Si je n'avais pas fait ça, je n'aurais jamais eu de formation. Ça ne devient profitable pour nous qu'au bout de 2 ou 3 fois qu'on a fait le cours. C'est à ce moment là qu'on commence à vraiment retenir ce qu'on dit.

Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

Pour moi, ce sera plus facile de demander à un homme (s'il est multi-partenaires et savoir s'il est dans le groupe à risque). Demander à une femme si elle est multi-partenaires, ce n'est pas évident. Je pense que personne ne le dit spontanément.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Je n'ai jamais eu de formation au VIH. Parce que quand j'étais étudiant, le VIH c'était vraiment le tout début. Par contre, il y avait une revue qui s'appelait Impact Médecin et qui sortait régulièrement un document d'une centaine de pages sur le VIH. Donc chaque année, je le lisais. Au bout d'un certain temps, ça s'est arrêté. Ça fait 10 ou 15 ans que ce document n'est plus renouvelé. Et donc c'est les articles épisodiques.

Et puis les patients VIH, ont ne les voit pas. Parce qu'en fait, ils sont immédiatement phagocytés par le service de maladies infectieuses. En ce moment je n'ai qu'une patiente qui est séropositive. J'en ai eu plus. Je les ai perdu de vue. Pour l'instant, je n'en ai qu'une. Ce sont des patients qu'on suit très peu puisqu'ils sont suivis uniquement par le service des maladies infectieuses. Même s'ils m'envoient un courrier. Et donc sur les nouveaux traitements, j'ai du mal à suivre

ENTRETIEN M4

Recrutement téléphonique de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Seine maritime par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ? *J'en ai peut être 20% de ma clientèle.*

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Alors migrant, il y a les migrants de la 1ère génération, de la 2e; 1ère définition. Voire 3e génération, maintenant. Bon ça c'est une première définition selon l'historique.

Après il y a les migrants récents. Ceux de ma clientèle sont essentiellement d'origine d'Afrique noire.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

D'après votre définition, je peux répondre que j'ai au moins 75% de migrants anciens et j'en ai 25% de migrants qui datent de moins de 5 ans.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Ah oui. Tout à fait.

Pourquoi ?

J'y suis sensibilisé pour la simple raison que c'est une catastrophe infectieuse mondiale qui a transformé il y a 30 ans maintenant la vision que nous avons des pathologies infectieuses en Occident. Si on n'avait pas eu les traitements antirétroviraux, je ne vois pas comment on ne serait pas avec une perte de la longévité, et puis avec un risque sanitaire occidental énorme.

Je crois qu'on peut trouver des maladies infectieuses qui déciment l'humanité comme il y a eu des épidémies de peste, de choléra ou de tuberculose qui ont détruit des populations entières. Et on failli y passer.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Bien sûr (je connais ces données). Il y a même plus de femmes atteintes dans le monde que d'hommes. La majorité des patients infectés dans le monde, c'est des hétérosexuels. Même si en France, il y a des homosexuels.

Cela peut-il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ? Dans quel sens ?

J'en suis convaincu. Ce n'est pas du tout une incitation au dépistage puisque je dépiste à mort.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb.

Je ne crois pas qu'il faut inclure le Maghreb. L'incidence du SIDA au Maghreb n'est pas très importante.

Comment abordez-vous avec eux le dépistage du VIH ?

A la première consultation. Puisque moi, j'ai plein de patients qui ont été dans des centres de réfugiés, qui viennent de différentes villes; ils viennent par France Terre d'asile; on a un foyer de réfugiés là, j'en vois pas mal. Hépatite B, Hépatite C, VIH, ça fait partie de la 1ère consultation.

Ça fait partie systématiquement de l'interrogatoire : avez-vous eu des tests sérologiques concernant les 3 pathologies liées au sang et au sexe ?

Avez-vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non. Ben non, je n'ai aucune difficulté. Les gens, quelquefois ils me disent qu'ils n'en veulent pas, alors je n'insiste pas. Mais enfin, les africains, ils ne contestent pas. C'est les français qui disent ce n'est pas la peine. Bon, on ne les emmerde pas puisqu'il y a une prévalence très faible en France.

Les gens qui sont en couple tranquilles, on leur demande même. On leur dit vous allez-vous marier, est-ce que vous souhaitez qu'on fasse le test. Ils disent ben non ça ne sert à rien.

Mais ils me le demandent régulièrement par téléphone. Ils me disent j'ai changé de partenaire j'ai décidé de supprimer le préservatif, et je fais le test.

Cette maladie là, c'est une catastrophe. Ça a ruiné des pays. Les courbes de longévité, c'est incroyable. Quand on regarde ces courbes là. Depuis l'épidémie de 1981, la longévité décroît dans tous les pays, Afrique centrale, Afrique de l'est, Afrique de l'ouest, Afrique australe.

On est en dessous de 50 ans. Il y a des pays ils s'en sortaient bien. Et ils se sont tous rejoints. Tous les pays d'Afrique subsaharienne. Donc il y a eu vraiment les années 1990 où la mortalité a cru.

Vos patients ont-ils des difficultés à parler du VIH ?

Bien sûr qu'ils ont des difficultés.

Quelles sont-elles ?

Il y a en qui ne veulent pas reconnaître. Il y en a d'autres qui ne veulent faire aucune prévention. Moi je suis musulman, vous ne croyez quand même pas que je vais mettre un préservatif, docteur. Donc ça s'appelle se voiler la face. Et je regrette qu'il y ait si peu de respect des femmes auxquelles ils vont transmettre. Il se trouve que la plupart de mes patients sont des hommes mais j'en ai quelques femmes aussi, et c'est un petit peu ennuyeux.

Comment perçoivent-ils cette maladie ?

Ils savent que dans leur pays, il y en a plein. Ils sont bien au courant parce qu'ils ont tous dans leur famille quelqu'un qui est mort du VIH. Ils viennent de temps en temps nous demander des médicaments pour traiter des membres de leur famille.

Et ils se sont aperçus que c'est toute la population florissante : les chefs de famille, les enseignants, les avocats, les transporteurs, tous ceux qui avaient des responsabilités qui sont le plus infectés. Je crois que dans les raisons pour fuir leur pays, il y a aussi l'idée que si j'arrive en Europe, je serais soigné.

Certainement ils n'en sont pas fiers (de cette maladie). ça c'est sûr. Parce qu'ils ont peur d'être rejetés par leur société. Et puis, évidemment, il ne faut surtout pas le dire. Ils vont presque jusqu'à nous le dire : surtout docteur, ça reste entre nous.

Et l'annonce du VIH pour eux c'est un bouleversement. Comme pour les français, il y a toujours derrière l'idée de la mort. Plus encore chez les migrants que chez les français qui savent qu'il y a maintenant des thérapies.

Que pensez-vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Je n'ai pas de toxicomane intra veineux. Parmi mes patients. Les multi-partenaires

généralement ils ne me le disent pas. Mais bon, on se doute bien. Je reste toujours sur : une fois sur le dossier, c'est marqué. Puis de temps en temps, je le recommence. Mais enfin au bout de 3-4 ans.

Patient homosexuel

J'ai eu très peu d'homosexuels ou ils ne s'en vantent pas.

J'ai eu des homosexuels effectivement chez les blancs mais je n'en ai pas eu chez les africains.

Parce que l'homosexualité est rare chez les africains.

Projet de mariage

Ah ben, oui il faut le faire, il faut le proposer au moins. Et puis, généralement, les gens, ils sont contents qu'on leur propose.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

ça c'est pas mal de le faire de temps en temps. C'est pas mal évidemment mais je dois dire. Là on a une autre clientèle, c'est les coopérants qui reviennent de mission en Afrique. Les coopérants, les humanitaires, c'est vraiment une population à risque. Mais c'est pas des migrants. Ce sont des expatriés français.

Mais c'est vrai qu'on est un peu plus vigilants chez les africains qui reviennent de vacances.

En même temps, ils font moins d'expérience sexuelle à mon avis.

Ils vous disent j'ai pas été voir ailleurs. S'ils estiment qu'ils n'ont pas pris de risque, on les écoute quand même. On tient compte de ce que les gens disent.

Bilan à la demande du patient

pas de problèmes.

Grossesse

On le fait systématiquement, surtout chez les migrants.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

J'en ai de temps en temps. Mais ça n'affecte pas les migrants. Les migrants récents veulent tous garder le bébé et elles en veulent toutes. Mais par contre, les jeunes de 2e génération, c'est celles là qui veulent des IVG.

Contraception

On en parle puisqu'on peut faire un petit bilan. Généralement quand on nous propose une demande de contraception, c'est la femme qui va se mettre en ménage, qui est mariée, qui a les premiers rapports sexuels. Ça fait partie de choses dont on peut parler.

Mais c'est pas les patients les plus à risque. Les patients les plus à risque c'est les primo arrivants. Mes 5 derniers cas de SIDA, c'est tous des gens qui venaient d'Afrique récemment.

La plupart de ces primo arrivants, ils viennent du foyer de réfugiés. Ils viennent pour une consultation comme on doit faire chez tous les migrants. On me demande un dossier chez toutes les gens qui arrivent pour la première fois. Et d'ailleurs dans le dossier, il n'y a pas le test du SIDA.

Il n'est pas inclus. C'est un dossier pour les demandeurs d'asile.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Bien sûr qu'on demande dans l'entourage des test VIH.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste

On le fait systématiquement. Mais on se trompe quelquefois. On n'y pense pas toujours. Ça m'est arrivé d'envoyer à l'hôpital des patients. Par exemple ce type qui a le VIH avait été envoyé à l'hôpital pour des problèmes de diarrhées chroniques et de rhumatologie et c'est en cours d'hospitalisation que le VIH est revenu positif.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Bien sûr

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

Pire que ça. J'ai des patients VIH positifs qui ne veulent pas se soigner, qui vivent en couple, qui ont des enfants. Leur motif : «vous m'avez prétendu que j'ai le SIDA; et puis, ma femme a eu 2 enfants avec moi; tous les 2 sont négatifs, ils se portent bien; le laboratoire, il se goure»; «Moi je suis chrétien, ça ne peut pas me tomber du ciel»; «moi je suis musulman, ne comptez pas sur moi pour mettre un préservatif». «Bon d'accord, vous m'avez dit que j'étais VIH positif. Bon je ne fais plus l'amour, c'est bon»; Puis on s'aperçoit que 6 mois plus tard, que sa femme elle dit qu'il fait l'amour sans préservatif.

Il y a certains patients qui n'écoutent pas du tout les consignes. On leur prend des rendez vous à la consultation de VIH d'Évreux, ils n'y vont pas. Un mois plus tard, on leur prend la consultation à Rouen. Ils n'y vont pas. Bref, il y a une lourde responsabilité de ces gens sur la propagation du VIH en France.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

Ça me rend d'autant plus pertinent lorsque je vais faire des informations dans les lycées de dire aux jeunes, vous ne croyez jamais ce qu'on vous dit et vous savez que parmi vous il y en a qui sont porteurs du SIDA, qui ne vous le disent pas et qui baisent à droite et à gauche. Et ils m'écoutent. Et j'ai la joie de constater que les jeunes du lycée où depuis 20 ans je fais de l'information, il n'y a pas de prévalence connue, il n'y a même pas de cas de connu ici là. Mais bon, je ne soigne pas tout le monde. Mais l'information qu'on donne dans nos petites cités ici fait quand même que les gens qui vivent en France grâce à la prévention, ils nous ont écouté. Le préservatif, ils savent, Quand on me fait une demande de contraception, ils savent qu'en même temps, il y a le préservatif qui va avec. Bon ben, ça nous fait plaisir.

Et là je pense à 2 patients, l'un béninois, l'autre congolais. L'un comme l'autre ont refusé de faire soit les tests, soit ayant les test positifs, refusé de se soigner. Parce qu'il considérait que Dieu ne pouvait pas leur descendre ça, et que ce sont de bon musulman, de bon chrétien; Et que c'est pas possible, le laboratoire s'est trompé.

Bien sûr (il y a des ruptures de suivi). J'essaie de les avoir de temps en temps et de leur parler. Je pense à un qui ne venait pas me voir parce que je l'avais un peu engueulé la 1ère ou 2e fois et là récemment, je l'ai fait rentrer dans mon cabinet. Je lui ai dit alors où est ce que vous en êtes. Il m'a dit, mais monsieur regardez, ma femme elle va bien. Alors je me suis permis de lui dire ce que je ne devrais pas dire : sachant qu'il n'a pas ses papiers, je lui ai dit monsieur, vous savez qu'on peut vous attaquer comme quoi vous avez transmis le SIDA à telle personne ou telle personne, et croyez bien, que ce n'est pas comme ça que vous allez avoir vos papiers. J'essaie d'avoir des arguments pour leur demander de se soigner. Il n'a pas adhéré.

J'ai du mal à comprendre mais bon chacun est libre de mener sa vie comme il veut. C'est la santé publique. C'est la santé d'un pays. Quand on voit ce que coûte un patient qui a le SIDA à la collectivité, il faut arrêter de se moquer d'un pays.

III - Connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Pour moi, c'est simple. Vous faites le test de VIH 1 et 2 et vous attendez le résultat.

Deuxièmement, le dépistage il faut le faire à une 1ère consultation puis il faut le faire lorsqu'il y a un risque d'exposition sexuelle : rupture de préservatif, changement de partenaire ... etc.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Je ne le fais pas, ça c'est sûr. Je ne le fais pas tous les ans. Je le fais une fois quand je les vois. Après, ils sont positifs dans à peu près 1 cas sur 7. Ça correspond à l'endémie. Ils viennent beaucoup du Congo RDC par ici. Chez les migrants qui viennent d'arriver, ça correspond à l'endémie.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Ah ben, on peut le faire. S'il y a des sous pour tout ça, on le fait.

Mais moi je pense que si je le fais une fois, c'est bien. Déjà le fait d'aborder la question du SIDA et d'en parler, ça me semble intéressant. Chez qui je vais faire le dépistage fréquent ? Chez toutes les femmes seules qui arrivent avec un bébé ou sans bébé, etc, et qui traînent dans les foyers sans hommes.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Je crois que c'est pareil. Sachant que la prévalence est plus augmentée chez les femmes en Afrique, logiquement il devrait y avoir plus de femmes. Mais il y a moins de femmes migrantes que d'hommes. Donc au total, il y a plus d'hommes qui reviennent avec le VIH .

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non. On se débrouille. La plupart ils parlent français. Ils sont francophones.

S'il faut parler anglais, je parle un peu anglais.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Moi, ça ne me dérange pas. N'importe comment, on est confronté à la mort tous les jours, le cancer ... On l'annonce et puis c'est tout. D'ailleurs, je vous fais remarquer que, à ma grande surprise, la sécurité sociale va plus loin que nous.

Par exemple, on n'ose pas dire à un gars qui a le cancer du pancréas. Alors évidemment quand on fait la déclaration de maladie pour qu'il ait le 100%, on marque cancer du pancréas. Et puis boum, ils envoient ça au patient, cancer du pancréas, comment on le soigne. Bon alors, je suppose que pour le VIH, ils doivent faire pareil. Il faut croire que maintenant tout doit être dit et n'importe comment, il faut voir la maladie, la mort en face, c'est tout.

Peut être que c'était plus dur avant que maintenant. Avant, on mourrait. C'était sur. Maintenant ce n'est plus une condamnation à mort. C'est une condamnation à se soigner. A vie. Pour le moment.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Ah ben, il y en a, ils tombent par terre. C'est pas possible. Ils me tombent dans les bras. On entend tout. On voit tout. Le dernier, il est tombé par terre. Il dit : ce n'est pas possible. Alors il voyait que c'était le bordel, il allait mourir pour lui. Il venait du Congo.

Il y en a qui sont plus zen, vous savez c'est l'annonce d'une maladie. Il y en a, ils s'en foutent.

Il y a tous les styles : il y a celui qui ne veut pas le croire et qui se voile la face, il y a ceux qui tombent par terre et qui vont aller dans les églises ou les mosquées pour prier, pour qu'on les sorte de là.

Mais en général, la plupart prend ça à cœur et bon, fait tout ce qu'on lui dit. Et puis finalement, ce n'est pas si compliqué que ça. Au départ, c'est des traitements un peu lourds, c'est des bilans un peu lourds. Mais au bout d'un an, c'est tous les 3 mois une consultation de VIH. Et puis, ça se passe. Voilà, c'est une nouvelle vie pour eux. Mais comme tout est pris en charge. ça ne les lèse pas trop, quand même.

Quelles changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat positif?

La plupart acceptent. Oui bien sûr (ils prennent les choses en main). Et puis, ils se stabilisent.

Ils ont un taux de CD4 qui remonte, puis une charge virale qui s'annule. Ah ben, quand ils ont un VIH positif, on cherche tout le reste : chlamydia, gardnerella, trichomonas, hépatites B et C. Tout y passe. Généralement, c'est des célibataires. Ils vivent seul le plus souvent, du moins, ils nous disent

qu'ils vivent seuls. Mais on leur dit tout rapport sexuel doit être associé au port du préservatif. Alors je ne sais pas s'ils le font, moi je leur dis.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Ils sont rassurés. Mais il y a des gens, ils demandent le test HIV tous les 6 mois.

Il y en a même qui le demande tous les 3 mois. On aurait envie de leur dire bon faudrait voir un peu si c'est nécessaire de faire tous les 3 mois. Mais bon, il faut croire qu'ils doivent préférer baiser sans préservatif et puis, ça les arrange comme ça.

Ben oui, il y en a des perdus de vue. (Vous avez des perdus de vue ?) La plupart des gens dans nos cabinets, ils voyagent. Moi sur les cas de SIDA que j'ai eu, il y en a beaucoup qui ont déménagé.

D'abord comme ce sont des réfugiés, au bout de 3 ans généralement, ils quittent la région. Ils vont travailler ailleurs s'ils ont du boulot. Ils vont vivre à Évreux. Il y en a, ils n'ont pas leurs papiers, alors ils se cachent. On ne les voit plus. C'est pas simple.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Je crois que tout est déjà fait. Pourquoi tout est déjà fait? C'est gratuit. La sécurité sociale en France rembourse tout. Donc, on ne peut pas quand même faire mieux. Puisque pour eux, le plus gros souci c'est l'accès au soin, l'accès au logement, l'accès à la nourriture.

Au niveau de la santé, les proches migrants, ils consultent plus que les autres. Ils sont en CMU et ils viennent pour tout et n'importe quoi. Alors, on ne peut pas faire mieux.

A part ça, moi je serais beaucoup plus mauvais; les gens qui ne veulent pas se soigner et qui sont HIV positifs, je crois que je serais prêt à les dénoncer et à les faire soigner de force; comme on pourrait le faire pour tous les obsédés sexuels auxquels on mettrait des hormones anti hormones mâles ou des castrations pour empêcher qu'ils fassent leurs violations sexuelles. J'estime que ça fait du même ordre. Et donc ça c'est mon point de vue. C'est à discuter au niveau politique. Mais c'est mon point de vue.

Oui, bien sur (l'obligation de soins pour les patients VIH qui ne se soignent pas). Ne pas les laisser courir dans la nature. S'il y avait quelque chose de plus à faire, ce serait ça.

Vous savez, j'ai travaillé 3 ans en Afrique. Je n'ai jamais soigné autant de chaudes pisses qu'au Cameroun dans les années 76 - 77. Une journée de consultation c'était au minimum 5 chaudes pisses. Alors il y avait le nid pour l'inflammation pour la poussée, pour l'exacerbation du SIDA. Les africains c'est des baiseurs. Et plus on a de femmes, plus on est satisfait. Mais ils savent vivre. Ils ont raison après tout.

Je peux même vous dire que j'ai des patients, ils ont trainé pendant 1 an. Réfugiés en France depuis 1 an, ils ont été dans les grands hôpitaux de Lyon, de Besançon, d'Évreux etc. et c'est dans mon cabinet que je découvre le VIH. Ça faisait 1 an qu'il trainait en France.

Il faut en parler aux médecins du PASS. Les médecins du PASS, il faut qu'il soient beaucoup plus catégoriques, les médecins des urgences qui voit ce type de population arriver, parce qu'ils vont tous voir le médecin dans la 1ère année en France. Parce qu'ils ont toujours des problèmes plus que les autres. Problèmes de voisinage, de violence, de crise de fièvre aiguë, d'accès de paludisme, ils ont 36 raisons d'aller dans les hôpitaux. Ils arrivent dans la 1ère structure de soins, on leur fait faire des tests de santé. Et je ne comprends pas qu'ils passent à côté des tests de dépistage. Je ne comprends pas.

Ah non, bien sur (le dépistage du VIH n'est pas forcément à faire aux urgences). Quand on vient pour 40°C de fièvre, on peut penser à autre chose. Mais on fait de la médecine globale ou on s'occupe des cas immédiats.

Je vais vous dire pourquoi je m'y intéresse ? C'est parce que je fais de l'éducation à la santé, moi.

Si vous voulez donner des explications, vous avez ici un jeu de l'oie sur le SIDA. Avec ça, je vais travailler dans les écoles pour donner des informations sur les conduites à risque c'est à dire les rapports sexuels, c'est à dire les prostitués, c'est à dire l'infidélité etc.

Et par contre, ça s'est très bien; une maladie intercurrente, soit la gonococcie, les chlamydiae ... etc. les drogues, ça va favoriser ... etc. Si vous faites réfléchir des gens dans les classe de première, comme je le fais, sur les différents modes de transmission et d'éviction du SIDA. Un individu informé,

éduqué est beaucoup moins malade qu'un individu ignorant. Seulement, il faut être motivé pour faire de l'éducation à la santé. Il ne faut pas répondre comme la plupart des jeunes médecins, moi j'ai jamais fait d'éducation à la santé; s'il faut faire de l'éducation à la santé, il faut me payer plus cher, il faut que je fasse une année de formation de plus. Bref, ça ne les intéresse pas. Bref, ils soignent quand les gens sont là et ils remplissent leurs salles d'attente de petits vieux qu'ils font revenir tous les 2 mois et puis pendant ce temps là, ils ne reçoivent pas les urgences dont il faut s'occuper.

Ça, c'est une explication sur le SIDA et ça va avec ça. C'est à dire que n'importe quel enseignant de SVT, n'importe quel éducateur dans un centre social peut travailler avec les migrants. Moi je suis aller dans les foyers Sonacotra parler avec des supports comme ça et les jeunes ils étaient intéressés.

Ce serait stigmatiser une population (inciter les migrants par les médias à se faire dépister). Les populations migrantes sont déjà assez stigmatisées. Si vous passez dans les médias qu'ils sont tous sexuellement transmissibles, ça ne va pas s'arranger.

Il faut cacher les choses. Il faut faire les tests et puis il faut les cibler les tests, dans les populations à risque.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Comment vous êtes-vous formé à la prise en charge médicale des migrants africains ?

Je vous en ai dit quand même quelques-unes ; chez les migrants africains, il faut chercher toutes les maladies infectieuses puisqu'on sait que l'Afrique, c'est le paradis des maladies infectieuses.

Chez le migrant africain, il faut d'abord qu'il soit parfaitement vacciné contre les maladies qu'il y a en France : DTCP, Hépatite B, la tuberculose pour les enfants.

Pour les maladies infectieuses, vous allez trouver de la bilharziose urinaire ou intestinale, des nématodes dans les selles, vous allez quelquefois avoir des séquelles d'amibiase, vous allez avoir toute la pathologie traumatique, vous allez avoir la tuberculose, le SIDA, l'hépatite C, l'hépatite B. Tous ces gens sont plus atteints. Il y aura un interrogatoire important à faire.

Vous aurez toutes les femmes excisées, alors avec des objets qui ne sont pas forcément propres. Vous aurez toutes les filles violées.

La particularité, c'est que tous viennent nous chercher des papiers pour rester en France.

Et parmi les papiers qu'on va faire; d'ailleurs, il y a des femmes de temps en temps qui nous remercient, en disant vous savez grâce à vos papiers, je peux rester en France, parce que violée par un oncle, un enfant qu'elles ont eu à 14 ans, des traces de coups par ci, des excisions par là; pendant la tentative d'excision, elles se prennent des coups de bistouri ou de rasoir qui ont dérapé; Il y a tout.

L'Afrique, c'est la terre de la violence, de la malnutrition, de la pauvreté, des maladies. Il n'y a pas à tergiverser. On en est encore là.

J'ai travaillé 2 ans au Cameroun. Je n'ai jamais vu autant de maladies infectieuses. On était sans arrêt sur des maladies qui maintenant pour la plupart sont prévenues grâce aux vaccins. Donc je suppose qu'il y a un peu moins de maladies infectieuses maintenant. Mais il reste quand même le paludisme, la tuberculose ... etc.

J'ai un diplôme de médecine tropicale et c'est moi qui tiens la consultation des voyageurs à l'hôpital d'Évreux. Ce matin j'ai vu 34 personnes qui partaient en Afrique.

Alors c'est pareil pour partir en Afrique, il faut que je leur donne le traitement du paludisme. Alors je suis sur qu'il y en a 1 sur 3 qui ne prend pas son traitement du paludisme, y compris les médecins qui disent vous savez moi le paludisme je sais le gérer. Ils ont pas envie d'acheter les boîtes qui coûtent chers, les médicaments qui sont mal tolérés ... etc.

Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

Il faut que les médecins aillent aux réunions de FMC.

Actuellement, ça ne fait pas partie, je pense, des séminaires les plus courus. Les médecins vont aux séminaires d'accompagnement aux fins de vie, ils vont sur les séminaires sur les personnes âgées qui représentent le gros de leur clientèle.

Et vous savez bien, les gens ne sont pas très intéressés par les migrants parce que c'est des problèmes financiers. Quand vous voyez arriver un migrant dans votre cabinet, vous vous dites est ce que je vais être payé. Donc pour la plupart des médecins, la moitié, ils n'en reçoivent pas.

Bon, vous avez des réponses. Ça ne les intéresse pas. Ce qu'ils demandent, c'est le tiroir caisse. Et si vous vous intéressez au tiroir caisse, vous ne vous intéressez pas aux pauvres.

Donc c'est les pauvres malheureusement. Faites venir des médecins un peu moins bourgeois, des médecins qui ont un peu le sens des autres, qui ont une certaine mentalité universelle, qui ont voyagé un peu et puis qui n'ont pas envie de s'intéresser qu'aux gens qui peuvent payer.

Quoiqu'on dise, c'est plus facile d'avoir des petits vieux qui viennent tous les 3 mois, vous revoir pour le diabète, pour renouveler le somnifère, que d'avoir des urgences avec des gars qui vont partir en disant combien je dois et puis qui disent j'ai rien.

1 fois sur 3 avec un africain, il y a un problème financier. Il y a un vrai problème financier. Donc ça n'intéresse pas les médecins d'avoir des pauvres cas qui ne peuvent pas payer. Je crois qu'il faut dire les choses en face

Vous savez que j'ai écrit un bouquin. Et ce livre, c'est la vision du métier par un médecin.

Là dedans, j'ai tout un chapitre sur l'engagement du toubib, par rapport au SIDA par exemple. Avec quel avenir pour l'éducation à la santé et pourquoi il faut parler du SIDA.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Je suis allé à des séminaires.

Ah non (quand vous avez commencé à exercer, le VIH n'était pas connu). En 1978, il n'y avait pas de SIDA. Mais par contre, j'étais branché sur la pathologie du migrant.

Ah oui (Vous avez un diplôme de médecine tropicale).

J'ai travaillé 2 ans au Cameroun et j'ai vu toutes les IST. En France, j'en ai revu aussi. J'ai pas mal d'enfants dans ma clientèle, des femmes enceintes, des fausses couches, des grossesses extra utérines. Enfin, il y a toute la pathologie de la vie et de la mort.

ENTRETIEN M5

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui.

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Des patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb qui ne sont pas nés en France, qui viennent de là bas.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oui. Pas toujours. Mais j'essaye.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui. Quand ils arrivent. Oui. En général, oui.

Pourquoi ?

Parce que malheureusement, il y a une forte endémie là bas.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

C'est beaucoup. Ça paraît énorme. Je savais que c'était beaucoup. De toutes façons, il y a des pays où l'infection est très importante. Mais qu'en France, il y ait un tel pourcentage, je ne pensais pas que c'était tant. Je savais que c'était beaucoup mais pas autant.

A la fois, mes seuls patients qui ont le SIDA actuellement et que je suis sont d'origine africaine.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ? Dans quel sens?

Je fais déjà quand même souvent le dépistage, j'essaye parce que ce n'est pas facile forcément de proposer quand les gens arrivent, mais je fais un peu globalement avec les hépatites. Quand ils sont là depuis plus longtemps, c'est plus compliqué.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

Les premières consultations. Quand ils arrivent, là je trouve que c'est facile. Après c'est toujours plus compliqué. Parce qu'après quand il y a un signe, dire je vais vous faire le dépistage du SIDA, après il y a une peur : bon, je vais avoir le SIDA. Il y a la peur à ce moment là. Alors que si c'est fait en systématique, il n'y a pas la peur du résultat. C'est plus facile.

À quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Oui (lors des premières consultations, lors de la contraception)

Là, par exemple, j'ai un patient qui n'était pas du tout d'origine africaine qui vient me voir en disant : ça ne se passe pas bien avec ma copine là, j'en ai vu une autre. Chaque fois qu'on parle de nouveaux partenaires, de rapports à risque ou des gens qui disent qu'ils ont des multi partenaires. Des choses comme ça. Mais ça, ce n'est pas spécifique au sujet migrant.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non. Alors, ça c'est stressant (la gestion du résultat positif ou des complications). Mais c'est pas ça qui va empêcher de faire le dépistage.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Ah non.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Je ne sais pas si je pose la question comme ça. Je ne sais pas.

C'est vrai que je trouve parfois que c'est plus difficile de leur faire prendre un traitement chronique parce qu'ils se disent ben c'est comme ça quoi. Parfois. Mais pas tout le monde.

Parce que c'est difficile l'idée d'un traitement chronique. Et puis c'est là. Ils n'ont peut être pas la même information qu'il y a eu beaucoup en France sur le SIDA où finalement tous les gens savent que s'ils ne prennent pas leur traitement, ils risquent de mourir et que ça donne des infections opportunistes. Eux ils n'ont peut être pas la même culture quoi, la même information.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Oui

Patient homosexuel

Je n'ai pas de notion de patient migrant africain et homosexuel. Je n'ai pas d'exemples parce que tout mes patient homosexuels, ils sont d'origine française.

Mais on sait que c'est un facteur de risque supplémentaire. Ce serait plus facile alors.

Projet de mariage

Alors, avant c'était systématiquement fait. Maintenant c'est rare qu'on soit mis au courant que les gens se marient. Pour moi le mariage c'est comme une vie avec quelqu'un de nouveau; soit ça fait longtemps qu'ils sont avec la même personne et je ne vois pas ce que ça change; qu'il se marie ou qu'ils ne marient pas. Soit c'est effectivement quelqu'un qui va avoir un nouveau partenaire, et dans ce cas là, ça rentre pareil dans le bilan.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Ah, je ne le fais pas systématiquement parce que j'en ai beaucoup qui repartent.

Il y en a beaucoup qui partent en voyage 5 – 6 mois. Je ne le propose pas systématiquement.

Je n'y pense pas.

Je ne pense pas que les patients refuseraient. Maintenant c'est vrai que c'est compliqué de leur dire vous êtes partis 4 mois, est ce que vous avez eu des rapports. Ce côté : ah ben vous êtes allez là bas. Là, c'est plutôt ma réticence à moi. A rentrer dans leur vie privée.

Grossesse

Ça, c'est automatique. C'est systématique

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Ça dépend si c'est avec le même partenaire que d'habitude, pas forcément.

Contraception

Oui. On parle s'il y a des nouveaux partenaires et tout ça.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste :

Ça c'est plus difficile. Mais c'est difficile pour le médecin pas pour le patient.

C'est difficile de dire quand il y a un signe. Parfois j'attends de voir si ça traîne ou pas avant de le faire. Je le ferais peut être plus systématiquement. Ce que je fais souvent, c'est de proposer une prise de sang, avec la numération, et je dis est ce que ça vous embête mais ça n'a rien à voir avec.

C'est comme ça que je fais souvent. Ne vous inquiétez pas, ça n'a pas de rapport avec, puisqu'on fait un bilan sanguin, vous pourriez faire en même temps le test. C'est difficile de dire vous avez la diarrhée de façon chronique, c'est peut être le SIDA. Ça, c'est difficile.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Non, alors c'est vrai que chez des migrants musulmans, ils vont me dire ben non, il n y a pas de risque, voilà; moi, je n'ai pas de rapports.

Mais c'est quand même rare qu'il y ait un refus.

Il y a des gens qui disent non, non, il n y a aucun risque; mais pareil, ils sont d'origine française. Pas beaucoup (de patients refusent le dépistage). J'en ai eu un qui l'avait évidemment. Il le refusait parce qu'en fait, il savait qu'il l'avait. Il avait eu une fois un dépistage. Comme il n'était pas malade, il ne voulait pas le croire. Et sa femme très peu de temps après était enceinte, pour le 1er; c'était négatif; pour le 2^e, c'était négatif; pour le 3^e, c'était négatif. Elle a eu de la chance. Et un jour, elle ouvre son placard et elle trouve par hasard, le vieux résultat. Toute paniquée, elle est venue me voir. En reparlant avec lui, je lui ai dit qu'il faudrait faire le test et il m'a dit ce n'est pas possible que je l'ai puisque ma femme est toujours négative. Et du coup, je n'ai pas pu le faire parce qu'il ne voulait pas. Et on a fait une numération avec un taux de CD4 qui était très bas. C'est comme ça que

ça c'est fait.

Peut être pas un seul refus. Ça peut arriver. Il y a des gens qui ne font pas les examens, donc ça ne sert à rien. Il y a quand même quelques personnes qui ne veulent pas savoir, qui ne veulent pas de résultats. Il y a des gens qui ne veulent pas s'occuper d'eux, qui ne veulent pas faire de prise de sang. Ça arrive souvent. Il y a beaucoup d'hommes, leurs partenaires, elles font une prise de sang quand il y a un nouveau partenaire, il y a beaucoup d'hommes qui ne veulent pas, c'est plus difficile d'arriver à les convaincre. En général, il y des femmes aussi qui ne veulent pas. Mais ce n'est presque pas spécifique au SIDA. Quelquefois, il y a des gens qui ne veulent pas le faire parce que ça leur fait trop peur.

Oui, c'est ça (le SIDA reste une maladie honteuse).

Une fois, j'ai un patient qui vient me voir pour une grosse bronchite. Le reste de sa famille est suivi par le collègue en face. Je l'examine, je lui fais la prescription et au moment de faire le paiement, je vois qu'il est en affection longue durée. Alors je lui demande pourquoi. Et il me dit : mais pourquoi vous savez ça? Vous n'avez pas à savoir. Je lui explique que ça peut avoir un rapport avec mon ordonnance. Du coup, il m'a dit que je ne veux absolument pas que ce soit marqué sur le dossier parce que je ne veux pas que l'autre docteur, il sache. En fait, il avait le SIDA.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

On est souvent remis en question (le refus du dépistage remet il en question votre façon de procéder). Je ne sais pas.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Ce doit être fait plus, je sais, plus systématiquement. Mais quelle est exactement la recommandation? Je sais qu'il faut faire plus.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

A la limite, je le propose de toutes façons à tous ceux qui viennent pour des contraceptions et avant quand ils ont un nouveau partenaire. Alors après, ça va faire une fois dans leur vie pratiquement. Mais c'est vrai que les garçons ont les a moins. Quand ils viennent, c'est qu'ils sont malades, donc on ne parle pas forcément de ça. Pour les filles, je leur dis de dire à leur partenaire, qu'elles exigent avant d'oublier le préservatif d'avoir une sérologie SIDA.

Une fois qu'il est en France, après c'est suivant son comportement qu'il est à risque (le migrant).

Normalement je dis chaque fois que vous changez de partenaire, chaque fois qu'il y a un rapport à risque, il faudrait refaire un contrôle.

C'est pas quelque chose que j'abordes forcément facilement (l'abord de la sexualité). Non, pas à tous les patients. Je ne demande pas à tous les patients est ce que vous êtes multi partenaires quand ils viennent parce qu'ils ont la grippe. Quand les filles viennent pour la pilule, ça c'est plus facile. Quand c'est un gars qui vient, c'est vrai que c'est plus compliqué parce qu'il vient rarement pour ça.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

C'est toujours difficile. Ce qui est difficile dans le dépistage, c'est plutôt quand il y a une pathologie, par exemple quelqu'un qui a la diarrhée, c'est dans cette indication là dire, alors qu'il faut dire est ce que vous voulez faire le SIDA.

Par exemple on ne dit pas à quelqu'un quand il a mal au ventre, tiens ce serait peut être un cancer, je vais faire une écho. On dit je vais faire une écho mais on ne lui dit pas, je vais rechercher un cancer. Et là, c'est de prononcer le mot alors que dans 99,999 % des cas, ce ne sera pas ça quoi. Ça

c'est difficile, je trouve, dans ce sens là.

C'est difficile pour le médecin, parce qu'il faut dire quand on le fait. Quand je fais l'échographie par exemple, je ne le dis pas. Quelqu'un qui a mal au ventre là, je lui dis, on va faire une échographie du foie, je ne lui dis pas, je vais chercher un cancer. Je dis, il faut l'éliminer. Par exemple, quelqu'un qui tousse de façon chronique, je dis on va faire une radio pulmonaire. Je ne dis pas, je vais faire une radio pulmonaire parce que vous tousssez, j'ai peur d'un cancer. Je dis ça fait longtemps que vous tousssez, il faudrait faire une radio pulmonaire. Tandis que là, ce qui est difficile, c'est qu'il a une diarrhée qui se répète, il faudrait peu être éliminer un SIDA, tenez je vais vous faire le HIV, c'est plus compliqué parce qu'on parle de quelque chose alors que probablement ce n'est pas ça. Là c'est plus difficile.

Mais ce n'est pas dans le dépistage systématique là.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Non. Mais de façon générale, on les voit plus pour les grossesses et pour la contraception.

Donc effectivement, on le fait plus systématiquement pour les femmes. Mais comme pour tout le monde, comme pour les autres populations.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non. Un traducteur ici ça arrive souvent mais comme pour tout le reste. Ça arrive souvent qu'on ait des traducteurs mais pour tout.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Alors ça, c'est difficile. Ça ne m'est pas arrivé très souvent dans ma vie, heureusement. Ça a du m'arriver 4 fois au total, donc ce n'est pas très fréquent.

Ce qui est difficile, c'est plutôt quand on le voit, quand on reçoit le résultat. On se dit : il va falloir que je l'annonce. Mais un peu comme quand on voit un résultat, on se dit tiens il y a un cancer. Tout ce qui est grave est difficile. Et là, il y a plus une composante honteuse, du regard de l'extérieur, des autres. Le cancer, ils peuvent le dire. Là, ils ne peuvent pas le dire à l'entourage. Ils ne peuvent pas en parler. Et puis, la peur des gens. Ne pas en parler pour que les gens continuent à vous inviter. Un peur de l'autre, quoi.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Pas forcément. Il y en a qui disent vous avez bien fait de m'en parler, je vais faire attention maintenant. Certains patients disent vous m'avez fait peur, donc je vais faire attention.

Ici, on a de la chance, on est dans une zone où il n'y en pas tant que ça. Il y a eu beaucoup d'hépatite B, beaucoup d'hépatite C quand il y avait de la toxicomanie intra veineuse qui a maintenant diminué.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Peut être qu'on le fasse de façon plus systématique, qu'on s'oblige, qu'on y pense plus souvent.

VI - Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

C'est plus dans les soins. C'est le côté : de toutes façons, ça devait arriver. Quelqu'un qui est né en France, je pense, même si de temps en temps, il va envoyer tout balader, il va plus facilement faire son traitement quand même. Dès qu'il va y avoir quelques effets secondaires, la personne va arrêter.

C'est quand même très entouré de famille. Et j'ai l'impression que c'est presque plus lourd le qu'en dira t on entre eux. La famille pèse beaucoup. Il y a une pression familiale qui est importante.

VII - comment vous êtes vous formé au VIH ?

Ça n'existait pas pendant mes études.

J'ai fait des journées de formation. Le fait d'avoir eu des patient VIH a fait que j'ai fait des formations

ENTRETIEN M6

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Ma définition du migrant, c'est une personne née ailleurs et venant ici. Là, c'est d'Afrique noire ou du Maghreb rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Alors, j'essaies. Je pense que c'est important donc j'essaies.

Quand on les connaît, on y arrive, savoir s'ils sont nés ici ou pas. C'est plus difficile quand c'est la première fois qu'on voit les gens, parce qu'on ne s'autorise pas à leur poser forcément la question. Quand on commence à bien les connaître, qu'il n'y a pas de sous entendus, ça peut arriver de leur demander : «alors, au fait vous êtes arrivé à quel âge en France».

Et ça remet les choses au point, en nous disant : «Mais docteur, je suis né ici». Moi, j'essaye de le noter la date d'arrivée dans les dossiers quand même.

Mais c'est vrai qu'une personne qu'on voit la première fois, pas forcément. C'est à dire qu'on a peur de choquer ou que la personne ne se sente pas forcément accueillie, donc je n'ose pas forcément, sauf s'il a de la fièvre.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui.

Pourquoi ?

D'une part, parce qu'ils sont demandeurs. Les patients sont eux mêmes demandeurs. Ils nous demandent souvent une prise de sang. Donc du coup, on leur demande est ce que vous voulez aussi.

Je pense aussi que dans notre imaginaire ou dans notre mythologie personnelle médicale, l'Afrique noire est une zone à risque et donc, on y pense forcément.

J'y pense plutôt pour les migrants très récents. Par contre, les migrants anciens, je n'y pense même pas. Je devrais peut être parce que, du coup ils ne l'ont pas forcément eu. Les migrants très récents, oui. De l'année, je dirais. Après, ça s'estompe vraiment beaucoup. Mais dans l'année oui.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

«Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45 % des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique

subaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par Rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non, ça ne me surprend pas; Non, ça ne m'étonne pas beaucoup. En pratique, moi mes patients, c'est des migrants. Donc, ça ne me choque pas. Les patients chez qui on a dépisté un VIH, à chaque fois, c'était des migrants. Donc voilà. Non, ça me donne une donnée mais ça ne m'étonne pas plus que cela.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Ben, je le fais beaucoup. Je crois que je le fais énormément. Je choque les gens des fois, mais je le fais beaucoup donc j'espère ne pas être passer à côté une fois; mais j'essaye vraiment beaucoup. J'ai le VIH facile, on va dire.

Je crois que c'est lié à mon âge. Chez les migrants, je le fais parce que, voilà. Sûrement parce que j'ai la notion que c'est une population à risque. Mais je le fais à tout le monde et ça c'est vraiment lié à mon âge. C'est à dire que moi, je suis de la génération où on a découvert le VIH quand j'avais 12, 13 ou 14 ans et à 17, 18 ans on était la génération préservatif. Donc en fait, on y pense beaucoup plus que les médecins plus jeunes ou plus âgés. C'est vraiment une question générationnelle, je pense. Nous, on a été élevé avec ça à notre jeune âge adulte.

II - Chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Ah! La question! Ben je leur dis, on va une faire une prise de sang quand ils arrivent pour la première fois. Par exemple un patient migrant qui arrive, lors du premier contact, je demande est ce que ça fait longtemps que vous avez eu une prise de sang. S'il dit non, je demande est ce que vous êtes d'accord pour en faire une. En gros. C'est vraiment stéréotypé. Ils me disent oui. Donc, je dis on va faire la recherche du diabète etc. et je dis est ce que vous voulez qu'on fasse aussi le VIH; et souvent ils me disent oui ou ils me disent non. D'un autre côté, s'ils me disent non, je demande est ce que vous pensez avoir pris des risques, est ce que vous avez été opéré etc.

Je fais toujours à peu près la même démarche. Je leur demande toujours l'autorisation de faire une prise de sang, et dans cette prise de sang, je leur demande s'ils sont partants pour ça ou pas.

Je le fais aussi lors des bilans de santé, lors du bilan annuel ou lors d'une contraception.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont elles ?

Ah, eh ben oui. Je pense que oui.

Quand ils refusent, ils ne le justifient jamais. Ils disent non point barre.

Mais de toutes façons, on en parle mais ça reste quand même pas tabou mais c'est un sujet sous-jacent et on ne déballe pas les choses. On dit d'accord ou pas et voilà. On en parle peut être plus quand ils viennent rechercher leurs résultats. Quand on redonne les résultats, on dit bon ben c'est négatif et à ce moment là, les gens sont moins stressés, plus apaisés et on peut reparler de la transmission en disant bon c'est négatif faites attention etc. Tant qu'on n'a pas le résultat, on n'en parle pas trop. C'est plutôt à la remise des résultats, je pense. Rarement au début.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

C'est difficile parce qu'il y a aussi notre subjectivité à nous dans les maladies. Donc ça c'est difficile. Mais je dirais que je pense ça dépend de l'âge du patient. Ça dépend de l'âge et de sa culture. Et de sa religion aussi.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Il n'y a pas de difficultés.

Patient homosexuel

Je n'ai pas eu beaucoup de migrants homosexuels. Ou alors, ils ne me l'ont pas dit. Il y a peut être aussi de ça. Je ne peux pas dire. Je crois que ça ne m'est pas arrivé en fait.

Projet de mariage

Ce n'est pas difficile si on voit tout seul la personne. Si on les voit à 2, ça devient très très difficile; et d'ailleurs même nous à nous poser la question, ça devient difficile.

Et en plus, ils disent oh ben non, parce que l'autre est là. Et du coup, le dialogue est un peu biaisé.

Mais quand on les voit tout seul, il n'y a pas de problèmes, il n'y a pas de souci. On leur dit dans le cadre du bilan de mariage, c'est systématique.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Je crois que c'est là où j'ai eu le refus. C'est ce cas là où j'ai eu un refus. C'est un patient migrant marié ici, il est parti tout seul, moi je voulais vraiment qu'il le fasse. Je crois que c'est là où ça m'avait vraiment embêté. Et là oui, j'ai eu un refus. L'air de dire, le docteur de quoi il se mêle. Il était resté 3 mois. Et puis bon, vu l'histoire familiale, il y avait un peu d'eau dans le gaz.

Grossesse

Alors là, toujours, tout le monde d'ailleurs, toutes les grossesses, on le fait. Je n'ai jamais eu de refus. Je dis de toutes façons : c'est comme ça, vous savez pour l'accouchement. Et là vraiment, le moment le plus facile, c'est ça : début de grossesse, projet de grossesse.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Eh ben, je crois que je ne le demande pas. Je ne le demande pas forcément parce qu'on pense tellement à d'autres choses.

Parce qu'en plus c'est vrai, on fait un bilan de grossesse quand il y a un désir de grossesse; quand il n'y a pas un désir de grossesse, du coup, on se lance dans l'IVG et on ne le demande pas.

Contraception

Oui, ça oui. Ça je le fais quasiment oui.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Ah oui. Ben alors, j'ai eu un cas où la maman avait le VIH que je connais depuis longtemps.

Elle n'a jamais pu le dire à son grand fils. Et elle voulait arriver à lui dire et elle n'y arrivait pas. Donc elle m'avait demandé de lui dire; parce que je pense aussi qu'elle voulait qu'il fasse un dépistage et tout ça. Donc j'ai dit : ben écoutez moi je veux bien le dire mais je préférerais que vous soyez avec moi pour le dire parce que ce n'est pas très logique. Et en fait, ils avaient pris rendez vous, puis finalement, ils ne sont pas venus. Et je ne sais pas si elle lui a dit ou pas.

Mais je pense que c'est très très difficile.

Parce que c'est très difficile de mentir à son patient pour moi, même s'il y a plein de médecins qui y arrivent, mais moi de calculer, de faire ça parce que je sais, ça je n'y arrive pas. C'est difficile pour moi, oui.

Voilà (le respect du secret médical). Pour l'un et puis ça m'ennuie aussi par rapport à l'autre de ne pas dire les choses clairement. Donc c'est compliqué. Ces cas là, je préfère que ce soit mon collègue. Si vous voulez, c'est plus facile si mon collègue me dit au fait j'ai vu monsieur machin, écoute il a une super infection IST, quand tu vois sa femme, penses y. c'est beaucoup plus facile parce que je dis au fait, ce serait pas mal de le faire. Alors que quand on connaît les deux, c'est très très compliqué.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste

Alors c'est très facile à faire. Sauf si on soigne le couple. C'est à dire que c'est très facile, on voit un jeune homme etc. mais si on soigne le couple et même si on n'a pas le couple ensemble, si on soigne les 2 depuis un moment et ben là, on a un frein mais je crois que c'est très personnel.

On en a parlé avec mon collègue l'autre fois : elle avait un patient manifestement avec un herpès, je lui ai dit il faut que tu fasses un VIH et elle m'a dit oh ben non, je dis ben si ce serait logique,

En fait, on est gêné de poser la question au patient quand on les connaît les 2; quand on suit le couple, ça a plein de sous entendus. Mais je pense que ça ne gêne que nous. Parce que ça a tellement de sous entendus que là, on se dit que le patient va penser

Alors des fois, pour me sortir de ça, je dis on fait un bilan, je dis on fait aussi un VIH parce que c'est systématique dans ce cadre là. Pour pas que la personne aussi soit mal à l'aise, c'est embêtant aussi. Mais c'est difficile oui.

Sinon ce n'est jamais difficile sauf quand on suit le couple ou quand c'est vraiment une famille qu'on suit, la maman, les enfants, tout le monde, là ça rend difficile la chose.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Alors là, je n'ai jamais de soucis. Même des gens qui ne veulent pas.

On retrouve un chlamydiae ou des condylomes ou des choses comme ça, je dis un bilan systématique de MST et là je n'ai jamais eu de souci.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Ah non, j'ai quasiment pas de refus. Franchement non. Ça m'arrive exceptionnellement. J'en fais beaucoup quand même parce qu'au PASS (la permanence d'accès aux soins), j'en fais aussi. Et non, je n'ai pas le souvenir d'avoir eu un refus qui m'aurait embêté.

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

Je crois que si j'ai eu un refus c'est parce qu'on m'a dit, mais non je l'ai déjà fait. Alors que peut être, il ne l'a pas fait, je n'en sais rien. Mais je n'ai jamais eu un refus qui m'aurait vraiment embêté.

Les difficultés, on a quand même des difficultés financières. Ça ça joue tant qu'ils n'ont pas l'AME, tant qu'on n'a pas de prise en charge sécu, ça limite quand même beaucoup, sécu ou mutuelle ou AME.

Et puis après, on ne revoit pas forcément les gens, donc ça ça limite, les sous.

Après culturellement, moi je n'ai jamais ressenti cela. J'ai eu beaucoup moins de refus des gens d'Afrique noire que des gens de l'orient, que des kurdes, des gens d'Iran, d'Irak. Là, c'est quasiment impossible.

C'est difficile parce qu'il y a aussi notre subjectivité à nous sur les maladies (le VIH perçu comme une maladie honteuse par les migrants africains). Donc, ça c'est difficile.

Je pense que ça dépend de l'âge du patient. Et de sa culture. Et de sa religion aussi. Mais c'est quand même moins bien vécu qu'une hépatite, par exemple. On dépiste une hépatite C ou une hépatite B, c'est quand même vécu différemment. Moins qu'il y a 20 ans, ça c'est sûr.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

Ah! Ben non. Je suis désolé, non. Je me dis que le patient il n'avait pas envie.

Parce que j'ai très peu de refus. Et en fait, à part le cas du patient qui revenait vraiment d'Afrique noire et où c'était vraiment justifié je pense, des fois je propose comme ça.

Je me dis que les refus que j'ai c'est parce que les gens sont vraiment surs aussi. Des fois je le propose comme ça. Quelqu'un a du cholestérol, s'il n'a pas pris de risque, à la rigueur je peux lui rajouter. Je lui demande vous n'avez pas pris de risques, il me dit non.

C'est peut être parce que je le demande souvent. En fait je serais très embêté si j'avais un refus quand j'ai un signe clinique ou vraiment quand ça m'embête, mais comme je le propose souvent, si les gens me disent non, c'est que voilà.

III - Connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Ah, pas du tout. Enfin, ça dépend. Peut être pas.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Ben en fait, c'est ce que je fais moi. Quand je fais une prise de sang, si je n'ai pas eu un VIH ou si je sais que je n'en ai pas fait, je le dis, systématiquement est ce que vous voulez que je vous fasse un VIH. En dehors de tout (risque). Surtout les gens que je vois la première fois. En fait, je pense que je devrais peut être le faire aux gens que je vois plus souvent.

Les gens à qui je prescris une première prise de sang, je le demande quasiment systématiquement, et c'est une façon de rentrer en contact. Mais mes patients que j'ai depuis longtemps, je ne suis pas sur que je leur redemande. D'un autre côté, j'estime que les gens que je vois depuis longtemps me dirait s'ils ont pris des risques. Peut être pas.

Je le fais très simple (la réaction des patients au dépistage à la première consultation). Je leur dis le cholestérol, je le fais sans vous le demander, le VIH je suis obligé de vous le demander.

Il y a un signe aussi. Quand les gens demandent une prise de sang et qu'ils disent je voudrais tout ou faites moi la totale, c'est qu'ils sont très partants pour le VIH. Souvent, ils ne veulent pas que du diabète et du cholestérol. Donc voilà.

Et puis, quand on prescrit la pilule aussi, je le demande systématiquement. Je leur dis de toutes façons, il faut le faire.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Oui, ça me semble réalisable.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Alors le statut est beaucoup plus connu dès qu'elles ont une grossesse. Moi, je le connais quasiment chez toutes les femmes que je suis, comme j'ai des femmes jeunes que je suis, on le connaît beaucoup plus. Je pense que c'est peut être pour ça aussi, je ne sais pas. Parce que dès qu'on a une contraception, une grossesse.

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Ah oui ! (le suivi médical plus irrégulier pour les hommes) Oh, je ne sais pas. Ils sont moins demandeurs de soins aussi; donc oui, peut être qu'on les voit moins en consultations, qu'on ne les voie pas pour la contraception, on ne les voie pas quand ils amènent leur enfants, donc peut être oui, ils sont moins demandeurs de soins, oui.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Oui

Si oui, quel était le lien avec le patient ?

Un traducteur, ça m'est arrivé. Dans le cadre du dépistage, un traducteur, oui, qui pouvait être aussi traducteur et membre de la famille. Ça m'est arrivé. Et puis des fois, dans les jeunes couples, des fois, ça arrive qu'il soit 2, mais c'est tout. Mais surtout les traducteurs.

Quand ils ne parlent pas la langue, moi j'aime bien avoir un traducteur quand même. Et en fait, on a quand même souvent des traducteurs. J'ai du mal à soigner les gens sans parler. Mais ce n'est pas spécifique du VIH, je dirais. Par exemple, ça serait difficile pour moi de demander une écho, une radio ou une prise de sang sans qu'il y ait un traducteur qui explique ce qu'on fait.

Des fois, ça arrive que je dise ben appelez quelqu'un qui parle français et voilà. Mais en fait, le VIH, tout le monde sait. Dans les langues mêmes, ils entendent bien SIDA, VIH, opération, c'est quand même des mots qui voilà. Par exemple, on dit MST forcément ils ne savent pas. On dit VIH, ça passe mieux. Oui, ça parle.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Très mal. Ça m'angoisse. C'est une catastrophe. Ça m'est arrivé deux fois chez des patients migrants.

Une fois, je ne dirais pas que ce soit facile mais c'était moins compliqué parce que c'était en équipe, c'était au Point Accueil Santé. Donc on avait l'infirmière, et on avait anticipé les résultats, et du coup, on avait déjà la proposition; on a dit bon vous avez ça, on a pris votre rendez vous là, vous serez suivi là bas. Mais quand même on ne dort pas les nuits d'avant. On est un peu embêté. Ce qui est idiot parce que pour une Hépatite C où c'est aussi compliqué finalement, on est zen. C'est embêtant, je pense que ça remue des choses.

Et puis l'autre fois, de toutes façons, ça c'était mal passé. Mais très mal.

Oui (ça c'était mieux passé en équipe pluridisciplinaire que seule au cabinet). Parce qu'on savait qu'il y avait une prise en charge. Le problème, c'est ça; à la fois, on donnait le résultat et à la fois, on avait déjà une réponse de soins. Et donc ça c'est quand même beaucoup plus confortable.

En plus, on avait un problème de prise en charge, donc on avait aussi l'assistante sociale qui avait dit il n'y a pas de souci, la personne n'était pas démunie; on lui a dit ne vous inquiétez pas, vous allez être suivi là, les frais seront pris en charge par le PASS, donc voilà. On avait pu s'organiser, on avait eu le temps. En fait, je pense que la prochaine fois, je ne me précipiterais pas parce que le problème, c'est qu'on nous appelle, on nous dit le truc est positif. Donc, on rappelle les gens et en fait, il faudrait peut être mieux attendre 24h, 48h, de s'organiser et d'avoir une réponse construite et de dire bon voilà tac tac tac. Ce serait mieux.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Des fois, ils le savent, en fait. Ils le savent vu les risques. Des fois finalement, ça peut aussi lever une angoisse. Ça ne m'arrive pas non plus des tonnes de fois mais la 2e fois il y avait des symptômes, donc ça expliquait les symptômes. Ça ne m'est jamais arrivé de l'annoncer à quelqu'un qui n'a aucun symptôme. Soit il y a les symptômes, soit j'ai bien vu qu'il s'en doutait.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Au cabinet, non. Au PASS, oui.

Pas forcément (le dépistage en cas de comportement à risque). Des gens qui se sont fait peur si. Si quand même. Des gens qui se sont fait peur qui sont eux mêmes demandeurs parce qu'ils ont pris un risque, ils viennent, ils disent je voudrais un dépistage parce que j'ai pris un risque et du coup j'ai peur. Après oui, il y a un changement puisqu'une fois qu'ils ont eu peur une fois, ils font attention. Et donc effectivement voilà.

Après quand c'est nous qui le proposons vraiment systématiquement, je ne suis pas sûr que ça change grand chose.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Pour qu'il y ait davantage de dépistage, moi je pense qu'effectivement, il faudrait le faire quasiment systématiquement.

Mais ça, je pense qu'on devrait le faire tous les ans ou tous les 2 ans comme la glycémie ou un truc comme ça, ça c'est clair. En fait, c'est bête, des fois on se dit, le VIH, on est obligé d'informer les gens. Mais il y a plein d'autres choses où on n'informe pas les gens. Pour des trucs super ennuyeux.

Le PSA maintenant on informe, mais avant, voilà. En fait, on devrait le faire quasiment systématiquement.

Soit on se dit, finalement je devrais informer pour tout c'est à dire que je trouve que c'est idiot que ce soit que pour le VIH. Soit on se dit c'est ma politique, j'informe; on fait une glycémie, il y aura peut être du diabète, le PSA maintenant, on informe. Après tout, c'est normal qu'on explique aux gens ce qu'on fait. Maintenant quand je donne une ordonnance, je dis regardez, on fait globules blancs, globules rouges et puis glycémie cholestérol et puis le rein, le foie, VIH. Comme ça soit il nous

dit non et puis on enlève ou il nous dit oui.

Du coup, il vaut peut être mieux le voir comme ça. C'est à dire il vaut mieux informer pour tout, VIH et le reste et puis voilà. Parce que c'est plus logique.

En fait, finalement, retournons les choses en disant que ce n'est pas si mal de communiquer et on communique sur tout. Parce que du coup, sinon ça ne pointe que le VIH et ce n'est pas mieux

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Ce n'est pas le fait qu'il soit migrant qui fait les choses, je pense que c'est plutôt l'abord culturel des choses. Mais ce n'est pas le fait forcément qu'il soit migrant; je dirais on a autant de difficultés avec des gens d'une culture très différente de soi même. Et c'est la même chose, des fois il y a des gens soit qui viennent d'un milieu différent, soit qui culturellement sont différents, on a du mal parce qu'on ne parle pas forcément le même langage.

Je dirais les migrants c'est la même chose mais ça peut être aussi différents que des gens qui se sont dans une sphère qu'on ne connaît pas. Plutôt ça.

Après, une spécificité? Moi j'essaie de ne pas en avoir, en fait. Si, on leur demande toujours : bon là, j'avais des gens du Mali, je leur ai demandé avec les évènements qu'il y a, est ce que vous avez des nouvelles de la famille. Mais je dirais, il y aurait eu une inondation à Marseille, j'aurais des gens de Marseille et je leur poserais la même question. Ce n'est pas spécifique aux migrants. Je pense qu'il faut essayer de se faire comprendre, mais pour tout le monde. On est tellement aussi tous différents, ce n'est pas forcément le fait de la migration.

La chose quand même, c'est le fait de l'arrachement peut être. Je suis peut être plus attentive à ça. Mais comme des gens qui viennent avec un passé compliqué, puis qui sont partis. Plutôt par rapport à ça. Il y a un traumatisme peut être qu'on prend plus en compte du fait de la migration mais des fois, on se fait de films aussi parce qu'il y a des gens qui n'ont pas eu de traumatisme dans la migration non plus. Mais on fait peut être plus attention parce qu'il y a eu ça.

Mais j'essaies de soigner les gens pareil. Justement les soigner individuellement, chacun comme il est.

Donc qu'ils soient migrant ou pas, ce n'est pas le problème.

Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

En fait, en le faisant à tout le monde je pense. Ça permet de ne pas stigmatiser les gens. On a eu le problème avec la tuberculose. Quand il n'a fallu vacciner que les patients à risque. Quand on disait aux gens, alors vous, je ne vous vaccine pas contre la tuberculose parce que vous n'avez pas de risque et vous, je vais vous vacciner pour la tuberculose. Ça devenait très compliqué. Donc soit on vaccine tout le monde.

C'est pour ça que le faire à tous ça permet de ne pas stigmatiser. En tout cas jamais, je ne pense pas mais peut être que je me trompe, jamais je n'ai dit à un patient, comme vous venez d'Afrique, je vais vous faire un VIH. Je pense que jamais je n'ai fait ça comme ça. J'espère. Vous voyez, c'est à ça que je fais attention.

Dans les migrants très récents, oui (les perdus de vue). Les migrants de moins d'1 an oui, ça c'est sur. Ne serait ce que le temps administratif qu'ils aient leurs papiers, leurs titres de séjour, avec le centre de demandeurs d'asile des fois. Donc on les voit 3 mois, on ne les revoit plus. Les migrants très récents, oui. Et après, pas plus que les gens, pas plus que tout le monde.

Avec l'Afrique, non (l'observance). Avec les patients kurdes, oui, l'observance, c'est plus compliqué. Mais ce n'est pas l'Afrique. En plus souvent, on a plutôt le même langage. Au niveau langage, c'est plutôt le français. Culturellement non. L'observance, non. Franchement non, ce n'est pas les populations.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

C'est lié à ça. Nous, on a été pile poil au moment où ça a été découvert; j'avais 12 - 13 ans, je me souviens encore des émissions où ils en parlaient aux infos. Donc je devais avoir cet âge là. Le moment nous de notre éducation sexuelle c'était VIH, VIH, VIH et nous on était au début où on était avec très peu de traitement et chaque antiviral, on l'a connu pendant qu'on était étudiant.

On abordait beaucoup le dépistage (pendant mes études médicales) et le traitement pas du tout puisque les gens mouraient de syndrome de Kaposi, des choses comme ça.

Non, sur le VIH non. (Avez-vous eu des formations supplémentaires sur le VIH ?)

Maintenant beaucoup moins puisque la prise en charge est très spécialisée, donc au départ peut être plus que maintenant (ma connaissance de la maladie) on a un correspondant avec qui on travaille, je pense que les autres médecins fonctionnent comme ça. Quand on a un cas, on sait où on l'adresse. Je fais partie d'un réseau, d'un système très rapide.

Moi j'envoies au CHU, et puis sinon dans le cadre du dépistage il y a un Docteur à Elbeuf (à l'hôpital) qui s'occupe aussi un peu de ça.

Il faut appeler par contre (pour l'organisation de la réponse de soins). Moi j'appelle, ils me disent vous avez rendez vous, c'est l'interne qui le voit à tel jour, telle heure, telle date; vous faites ça, ça ça avant. Mais il faut appeler. Moi je ne me vois pas dire au patient vous avez le SIDA, vous appelez là; j'appelle et je donne le rendez vous, après si ça ne convient pas, on rappelle

Mais maintenant, je le fais pour beaucoup de choses, même pour les cancers. En fait, je préfères prendre 3 jours au plus, dire bon voilà, ce que je vous propose c'est ça, si ça vous convient, on part comme ça, si vous voulez autre chose, on fait autre chose. Je pense que c'est pas mal, même pour les gens. Moi j'imagines, on rentre chez soi, on a ça, on se dit ben maintenant, je fais quoi. Alors que je trouve que c'est mieux. Pour toutes les mauvaises nouvelles.

ENTRETIEN M7

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui. Pas mal.

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Vous voulez la définition ? Du migrant ? Je ne sais pas c'est, je dirais que les gens qui sont là, c'est des gens de première génération qui sont venus pour travailler et puis souvent, les enfants sont moins des migrants. Ils sont les ¾ du temps nés en France.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oh, ben oui, oui. Assez facilement par l'âge, oui. Je ne leur pose pas la question (sur le lieu de naissance) mais je me doute que, je dirais, les générations de gens qui ont entre 40 et 60 ans sont plutôt des migrants et ceux qui ont moins de 40 ans ont une probabilité importante d'être plutôt nés en France.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Pas spécialement non.

Pourquoi ?

En fait, je le fais systématiquement dans les suivis de grossesse, au 6e mois; après, je le fais un petit peu à la demande, quoi. Si on ne me le demande pas, je peux inviter les gens dans les situations à

risque, sans distinction que les gens soient migrants ou pas. S'il y a eu un rapport à risque ou une situation à risque, je propose aux gens de le faire, mais après, ce n'est pas lié à leur caractère migrant ou pas migrant.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par

Non (j rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.)

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ? *e ne connaissais pas ces résultats.)*

Je suis étonné par la proportion chez les femmes. Chez les hommes, je dirais qu'il y a probablement une incidence forcément plus élevée qui tient à la prévalence en Afrique ou en Asie du sud est ou dans les pays de l'est.

Ça ce n'est pas étonnant compte tenu de l'incidence dans les pays d'origine.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Non. Moi en fait, j'ai quand même une assez grosse patientèle, d'origine migrante et non migrante. J'ai une personne séropositive. Voilà. Sur une patientèle quand même conséquente.

Je suis installé depuis 14 ans et j'ai 1 personne séropositive qui en fait n'est pas une migrante mais une fille de migrant.

Dans un contexte particulier, c'est à dire qu'en fait, elle est déficiente mentale, et donc en fait, les parents savaient sciemment que la personne qui l'a rendue séropositive l'était. Elle avait déjà un gamin, elle est passée à travers plusieurs fois, puis elle a fini par l'avoir. J'ai reçu le dernier compte rendu, la virémie est négative. Mais enfin bon, elle a attrapé ça en tout état de cause des parents; et lui en fait, je l'ai su par hasard. C'est à dire que je ne demande jamais d'examens pour le père; et puis justement, là peut être compte tenu du contexte, je ne sais plus, les sœurs ont du venir en me demandant l'examen pour le père, j'ai fait une prescription sans jamais l'avoir vu qui est revenu positive.

Si, si, lui est un migrant d'origine africaine. Mais je ne sais pas d'où. Moi, je ne l'ai jamais vu. Après est ce qu'il a été pris en charge, je ne sais pas. En tout cas, la famille a été informée.

Comme c'est une situation à risque qui s'est reproduite, oui, là, je l'ai demandé. Et puis compte tenu de son statut d'handicapé mentale, je l'ai demandé sans lui demandé, sans l'aval des parents vu le contexte. Elle est passée à travers 2 fois, puis la 3e fois, voilà.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Au 6^e mois de grossesse, c'est encore moi qui les suis à ce moment là. Dans les situations à risque et puis quand les gens me le demandent.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Ben, ce n'est pas toujours facile.

Oui, oui, je dirais que quel que soit la personne, on se dit si on le propose comme ça, sans qu'il y ait un contexte particulier, on a peut être l'impression que les gens ... de heurter la sensibilité des gens en disant pourquoi il me propose ça.

Ah, non pas du tout (l'inquiétude pour le suivi après une découverte de VIH).

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Non. Enfin, les migrants, peut être oui. Les enfants, moins, la 2e génération.

Eux (les migrants), ils ne sont pas du tout sensibles au problème, je dirais.

C'est moi qui ne m'en pose pas la question surtout. Ils n'abordent pas. A partir du moment où il n'y a pas forcément un risque, je veux dire, je ne le propose pas.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Non (je ne sais pas).

J'aborde très peu le sujet puisque je suis pas confronté au problème. Le HIV n'aurait jamais existé, ça ne changerait pas ma pratique quotidienne. 1 cas en 14 ans d'installation en voyant entre 20 et 35 personnes par jour. Ça ne fait pas beaucoup.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Non, je ne pense pas qu'il y'ait de problèmes. Au contraire, c'est souvent ceux qui sont demandeurs.

Patient homosexuel

C'est pareil, je n'en ai pas beaucoup. Je dirais là c'est pareil, s'il le demande; maintenant les gens sont quand même bien informés, ceux que j'ai en général, ils le demandent, spontanément.

Projet de mariage

Quand les gens viennent pour le projet de mariage, dans le bilan pré-nuptial, je le propose systématiquement. Je leur dis c'est proposé dans les examens à faire, est ce que vous voulez le faire ou pas. Oui, là ça fait partie des situations où je le propose systématiquement.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Non. C'est vrai que je pourrais. J'en ai pas mal de migrants qui partent des fois 2 mois, 6 mois. Mais bon, je ne leur propose pas. Je ne les vois pas forcément au retour. Ce n'est pas ceux que je vais forcément voir le plus.

C'est vrai qu'on n'en parle pas (lors de la consultation avant le départ)

Grossesse

Oui, systématique.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Ben pareil, je crois que c'est fait systématiquement de toutes façons.

Contraception

C'est vrai que je pourrais le proposer plus. Je ne le propose pas. Dans le bilan. Ça pourrait être une situation où on peut le proposer plus facilement sans que ça heurte.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Je n'ai pas tellement été confronté. Si c'est un partenaire ou un enfant et encore, oui de toutes façons, à partir du moment où je pense que; si j'étais confronté, je demanderais au partenaire et aux enfants; mais après les autres qui vivent sous le même toit, non.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste, d'une MST, d'une hépatite B ou C

Là, je le propose oui (en cas de MST)

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

A priori non.

Ben si, il y en a qui refusent quand on leur propose. Si par exemple, examen pré-nuptial ou on dit tiens, votre femme est enceinte. Oui, il y en a qui peuvent refuser de le faire.

Quelles sont les raisons avancés par ces patients ?

Non. Ils ne donnent pas de justifications.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

C'est leur droit, je ne juge pas. Ce n'est pas un examen obligatoire.

C'est à dire qu'en fait comme je suis peu confronté au HIV, c'est vrai que ça ne fait pas partie des choses fréquentes. J'ai plus d'hépatite C que de patients séropositifs HIV +. Ils sont tous VIH négatifs (mes patients ayant l'hépatite C)

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

De le proposer au moins une fois aux gens. Oui je pense que ça me paraît être bien. Après le dépistage annuel, une fois qu'on l'a proposé aux gens après soit ils veulent le refaire, se suivre, je veux dire, je pense qu'on peut difficilement les obliger.

On relance les femmes pour les frottis, on relance les gens pour d'autres examens de surveillance, on peut les relancer pour ça mais bon c'est peut être un petit peu différent.

Je ne leur pose pas systématiquement la question (les comportements à risque). Je veux dire je ne fais pas des interrogatoires policiers aux gens sur leur vie sexuelle.

C'est à dire que chez les populations migrantes ou d'Afrique, on sait que ça fait un peu plus partie de la culture qu'il y ait une polygamie, entre guillemets, potentielle, qui est beaucoup plus importante. Mais bon qui n'est sûrement pas systématique.

Je n'étais pas installé (les cas de patient VIH dans votre pratique). J'en ai vu mais je n'ai pas eu à gérer personnellement. C'était des gens qui étaient diagnostiqués déjà.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Je pense qu'il y a beaucoup de femmes enceintes. Je pense que ça doit être un biais.

Je pense du fait du suivi, notamment des grossesses.

Oui certainement (l'absence des hommes dans les cabinets médicaux). On les voit moins pour eux et puis parce que les femmes amènent plus souvent les enfants.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Malheureusement, ce qui devait arriver arrive.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

C'est impossible pour le cas. Elle est complètement inconsciente de son problème (patiente handicapée mentale).

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Non pas forcément.

Je ne pense pas (effet sur la prévention ou sur le suivi). Je ne pense pas que ça change grand chose. Souvent je n'ai pas le temps (la discussion sur la prévention) ou je ne prends pas le temps.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Je pense qu'il y a les tests salivaires. Ça pourrait être intéressant de les avoir. Peut être que les gens seraient plus enclins à le faire si on leur proposait. Parce qu'entre le moment où on leur fait l'ordonnance et le moment où il décide d'aller ou pas au labo. Les tests rapides.

Oui, je sais qu'il y a un risque potentiel qui est un peu plus important (le VIH chez les migrants africains). Mais bon, après, comme je suis peu confronté au problème, je dirais que par rapport à la masse de gens que je vois, je trouve que c'est assez drôle que j'ai vu une seule personne en 14 ans; je n'ai pas l'impression qu'il y ait une incidence de HIV très importante ici. Même dans les autres populations.

Mais même dans les migrants, je veux dire. Dans les femmes enceintes à qui on fait le dépistage systématique, autant on a beaucoup d'hépatite B, j'ai eu 0 HIV, pourtant j'en ai. Et puis peut être aussi la population, nous ici on a beaucoup de gens d'Afrique de l'ouest, des musulmans; peut être que les comportements ne sont pas les mêmes que dans d'autres pays d'Afrique plus centrale. Ça joue peut être aussi.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Non, pas spécialement (les perdus de vue). Il y a l'hypertension qui est relativement fréquente, je dirais, les pathologies allergiques, beaucoup d'asthme, d'eczéma.

Peut être un petit peu moins, je pense (l'observance thérapeutique).

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

J'ai oublié beaucoup de choses parce que justement comme je n'y suis pas confronté, j'avoue que je ne suis pas très brillant. J'ai dû certainement plus savant quand j'étais jeune sorti de la fac que maintenant.

Oui, c'était quand j'étais interne, en fait. J'ai travaillé dans un service qui soignait beaucoup d'homosexuels, drogués donc j'ai à une période été plus brillant sur le sujet mais là j'avoue que. La jeune patiente qui est séropositive, je ne l'ai quasiment pas revue, elle est suivie par le CHU. Je reçois les compte rendus. Je la verrais peut être après mais c'est tout.

Il y a un autre patient que je vois. En fait, ses parents habitent là, il est suivi à Paris, je le vois de temps en temps, c'est tout. Non (est ce vous qui avez fait le diagnostic de VIH chez lui ?)

Si j'en avais, je les reverrais mais comme je n'en ai pas, je ne peux pas le dire (relation avec l'hôpital pour le suivi des patient VIH). Je suis vraiment pas du tout confronté au problème. L'hépatite B, l'hépatite C, c'est plus dans ma pratique quotidienne que le VIH.

Je les revois régulièrement (les patients ayant l'hépatite B ou l'hépatite C). je pense que si j'avais plus de patients VIH, je les verrais pareil.

C'est juste étant donné que j'ai une patiente, handicapée mentale, africaine, qui est tombée enceinte, bon déjà, voilà. Je ne la voyais pas beaucoup quand elle n'était pas HIV + et pas enceinte, donc voilà. On me l'amenait quand vraiment elle avait un gros rhume. Comme elle ne se plaignait jamais de rien.

ENTRETIEN M8

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oh oui, oui. Beaucoup.

II - quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Définition, je dirais moi que c'est quelqu'un qui est né dans un de ces pays là, qui ensuite a passé une partie de sa vie dans le pays d'origine et qui ensuite est venu directement ou pas directement jusqu'ici. Ça veut dire qu'il a voyagé.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Des natifs de France ? Il y a un distinguo en ce sens qu'effectivement quand on pose les questions sur le dossier médical, il peut y avoir des antécédents pathologiques particuliers, vaccinations, maladies infantiles qui ne seront pas les mêmes selon qu'ils seront nés en métropole ou qu'ils seront nés sur le continent africain. Mais c'est à titre uniquement d'intérêt médical, d'enquête médicale.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui, oui, oui.

Pourquoi ?

Parce que ça fait partie des éléments de bilan initial qui est recommandé au niveau des recommandations de pratique simplement. Ce n'est pas le seul élément d'ailleurs.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non (connaissez vous ces données ?). Non, non, je les sous estimais.

D'une part, pour moi, l'impression est sous estimée. Donc j'ai dû passer à côté des gens séropositifs asymptomatiques que je n'ai pas dépisté.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Cela devrait oui. Je pense que je ferais un dépistage un petit peu plus précoce surtout. Dès les premiers contacts, en parler aux gens, leur conseiller de faire un examen sanguin.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Quand on parle de la santé en général, puisque le dépistage, ça s'adresse à des gens qui sont asymptomatiques, donc c'est sur le ton de la conversation, au même titre qu'ils se préoccuperaient de leur cholestérol ou de leur tension. On demande quoi. On en parle à ce moment là.

Lors des premiers contacts. Puisque s'ils viennent, on crée un dossier systématiquement. On aborde les problèmes de santé au sens large.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Ah non. Du tout.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?
Quelles sont elles ?

Pour eux mêmes d'en parler, oui. Ils ont peur qu'on leur pose des questions, j'ai l'impression qu'ils ont peur, si eux demandent, qu'on leur pose des questions complémentaires, sur leurs sexualité, sur leurs antécédents alors que si on met ça dans un bilan standard, ils disent oui oui bien sur, je veux bien le faire. Lorsqu'on ne rentre pas dans le détail. C'est beaucoup plus rare qu'eux viennent en disant je voudrais un dépistage. Ça arrive quand même mais c'est plus rare.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Pas toujours très bien. Parce que la notion même d'infection virale, c'est pas clair. Et parfois ils ne veulent pas rattacher ça à la sexualité en tout cas.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Aucune difficulté à le proposer. Ils acceptent bien.

Patient homosexuel

Chez les patients homosexuels, ils acceptent encore mieux. Mais je n'ai pas beaucoup de références d'aveu d'homosexualité chez les migrants africains déjà. Premier point. C'est pour ça donc qu'il n'y a pas beaucoup référence à l'homosexualité.

Projet de mariage

Ah oui systématiquement. Parce qu'on fait un bilan pré – conceptionnel, là oui.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Pas toujours. Dans le cadre d'un retour justement, c'est là qu'on ne pense pas forcément à la possibilité d'une infection récente. Puis de toutes façons, là, il y a le délai des 3 mois pour avoir la certitude de positivité. Donc on peut en parler mais ce n'est pas toujours suivi des faits. C'est à dire que les gens ne reviennent pas toujours au bout de 3 mois ou ne font pas toujours le contrôle qu'on leur propose à 3 mois.

Grossesse

Systématique.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Systématique aussi. On en profite.

Contraception

C'est un bon moyen d'aborder les MST. Mais ce n'est pas systématique. Je le ferais peut être plus maintenant.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Pas facile ça. Ce n'est pas systématique disons. Il faut déjà avoir la notion parce qu'on a des difficultés chez les migrants africains avec les noms. Les noms ne sont pas les mêmes dans la famille. Donc la notion d'entourage, on ne l'a pas. Premier écueil. Donc certainement ce doit être de temps en temps pris en défaut ça.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste, d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Oui. On le fait en même temps. Si on fait une recherche de chlamydiae. On en profite pour faire en même temps. De toutes façons, ça fait partie des MST.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Non. Ah non.

Mais des situations de refus non avoués c'est à dire que ce n'est pas fait. Mais ce n'est pas

fréquent. Quand c'est proposé, quand on a eu le temps d'en parler, ce n'est pas fréquent.

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

Alors, je n'ai pas leurs motivations profondes. Je n'ai jamais eu de refus exprimé en disant : non docteur, je ne le ferais pas, je ne veux pas savoir. Je n'ai jamais eu ça. Il y a des oublis, alors soi disant oublis, le test est marqué, je vois que l'ordonnance, elle a été prescrite, on revoit les gens, oh je ne l'ai pas fait, oh je vais peut être, oui oui je vais le faire. Puis hop. Ça passe un peu à l'as. Pas très fréquent, mais enfin il y en a.

Je n'ai pas l'impression (la réticence des migrants à faire le test), parce qu'ici on a des congolais Brazza. On a beaucoup de congolais, des maliens, des maghrébins bien entendu beaucoup, sénégalais aussi. Ça doit peut être venir aussi de la manière dont en parle. Je pense. Moi, je n'ai pas cette impression.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

Dans l'hypothèse où j'aurais un vrai refus et où j'aurais vraiment l'impression que c'est utile, j'en parlerais. C'est sûr. Je ne me contenterais pas de recevoir le refus, je chercherais un petit peu d'explications. Ça ouvrira une discussion.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Je n'ai pas ça en tête en tout cas. J'ai peut être lu mais je ne vois pas ça.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Ah oui. Non je n'ai pas ça en tête. D'accord. Je n'ai pas lu ça. Je n'en ai pas pris connaissance en tout cas. Ça, je ne l'ai pas lu. On a le site HAS mais je n'ai pas ça. Je n'ai pas ça en tête.

Autant un dépistage de temps en temps, c'est accepté, je n'ai pas l'expérience de dépistage annuel donc je ne sais pas comment ce sera reçu. Est ce qu'ils accepteront de le faire? Même en expliquant pourquoi? Je ne sais pas. Je n'ai pas d'idées là parce que je n'ai pas ... en tout cas, je n'ai pas mis ça en pratique. Je n'ai pas mis ça dans ma pratique. Je n'ai jamais proposé de dépistage annuel parce qu'effectivement, il faut arriver à classer les gens dans un groupe à risque. Et ce n'est pas toujours facile à déterminer.

Autant la notion de dépistage de la maladie est acceptée, autant le fait de s'étendre sur ses pratiques sexuelles, c'est pas toujours facile ça.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Oui

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Oui les femmes parce qu'on a plus facilement la possibilité lors d'un frottis, lors des bilans gynécologiques de le proposer. Beaucoup plus, oui.

Non (avez vous peu de consultations par les hommes migrants ?), pas spécialement du mal parce qu'il y a les accidents de travail, il y a les gripes. Le tout c'est d'y penser. Le tout c'est d'aborder le problème.

Mais globalement, de toute la population, sans parler seulement des migrants, on a plus facilement accès aux femmes qu'aux hommes. Les hommes viennent chez le médecin quand ils sont malades, mais la contraception, bon voilà. Il y a beaucoup plus de circonstances que les femmes viennent voir le médecin que les hommes.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Oui.

Si oui, quel était le lien avec le patient ?

C'est déjà arrivé d'avoir besoin d'un traducteur. Ça c'est déjà arrivé. Mais ce n'est pas spécifique au VIH. Au premier entretien avec les gens. Quand ils viennent d'arriver souvent. Ils sont amenés par un ami souvent et qui sert d'interprète. Ou le mari qui amène sa femme.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Ben, c'est pas facile, parce qu'il faut expliquer aux gens la nécessité de se traiter, et en plus leur faire comprendre que ce n'est pas nous qui allons les traiter mais on va devoir passer la main à des spécialistes. Que ce n'est pas ici que c'est à l'hôpital à Rouen. Donc ça les emmène dans une filière de soins qu'ils ne connaissent pas. Donc il faut beaucoup de tact, ça demande une discussion bien prolongée, bien motivée.

C'est un peu la même chose (par rapport aux autres annonces de diagnostic grave) puisque c'est la même notion de dire il va falloir vous soigner, ce n'est pas moi qui vais pouvoir le faire, et cetera. Tout le problème il est là, c'est de faire rentrer les gens dans une filière de soins de façon à ce qu'ils acceptent bien, ça va être un traitement prolongé. C'est comme quand on annonce à quelqu'un qu'il va devoir subir une chimio, radiothérapie et cetera.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

C'est quand même toujours un choc. J'ai l'impression.

Si (des patients qui se doutent d'être séropositifs) mais ça c'est des patients qui ne sont pas asymptomatiques. Mais le vrai dépistage, ils sont asymptomatiques, donc là c'est difficile de prendre conscience. Si les suspicions, par exemple les femmes qui ont craint d'être contaminées par leur mari et cetera, oui, oui, elles ont une anxiété. Mais c'est relativement plus facile de leur faire comprendre, elles sont prêtes, elles, les personnes qui ont la notion d'un risque réel d'avoir contracté la maladie. Au contraire quand on leur dit, ben oui, il va falloir maintenant vous soigner, il y a des portes de sortie, c'est guérissable, bon, ça va mieux.

Mais chez quelqu'un qui est asymptomatique, qui ne se doute pas et à qui on dit dites au fait dans votre bilan il y a quelque chose qui cloche, ça c'est difficile.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat positif?

La contagiosité surtout. Ça, on insiste là dessus. Tout le problème il est là. C'est qu'il faut qu'il soit responsable d'eux mêmes. C'est tout une discussion. Absolument. C'est une situation difficile.

Oui (il y a des changements). Dès qu'ils ont la révélation de leur séropositivité. Il faut insister.

C'est à nous de leur faire comprendre parce qu'il y a leur position à eux, malades, il y a aussi leur position vis à vis des autres. Surtout un migrant récent. Un migrant ancien encore. Mais un migrant récent, il arrive, on lui révèle qu'il est porteur d'une maladie grave pour lui, grave pour les autres, c'est quand même tout un travail.

Non (avez vous eu des patients perdus de vue ?). Ils viennent puisqu'on les revoit souvent pour des petite infections banales, bronchites et cetera. Comme ils sont sensibilisés au fait quand ils ont leur traitement qu'ils doivent se soigner tout de suite.

Non ce n'est pas aisé du tout (l'information de l'entourage). Ni aisé pour eux, ni aisé pour nous.

C'est une situation difficile parce qu'il y a la notion du secret professionnel. L'inquisition sur quels sont les fréquentations, est ce qu'il y a une relation extra conjugale, des partenaires multiples et cetera, on est obligé de se contenter des réponses qu'on nous fait, est ce que ça correspond réellement à la situation de la personne contagieuse, je n'en sais rien. Nous, on ne peut qu'aborder le problème au sens large. Moi, dans mon cas, c'est ce que je fais en mettant les gens en face de leur responsabilité, en leur disant ce qu'ils peuvent faire de mieux et pour eux et pour les autres, mais après ils sont libres.

C'est quelque chose qui est toujours abordé dans la discussion. Si les gens atteints ont bien compris le mécanisme de cette infection, en général, ils sont d'accord. C'est la même chose que pour

la tuberculose, on a des cas aussi chez les migrants. C'est des surprises, et pour celui à qui on annonce la chose, et aussi nécessité pour l'entourage. Sauf qu'avec la tuberculose, il y a systématiquement une intervention des autorités sanitaires alors que pour le VIH moins, à cause du secret médical et de la connotation sexuelle.

C'est sexuellement transmissible. Donc de toutes façons, même chez les non migrants. C'est l'enquête pour savoir comment les gens se sont contaminés. Ce n'est pas toujours facile. Ça reste souvent un petit peu obscur.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Oh oui, ça libère. Les gens sont soulagés. Alors là, on peut parler beaucoup plus librement oui. Sûrement. Parce qu'à ce moment, on aborde en disant il n'y a pas eu. Mais sachez que telle ou telle situation, voilà. Oui, au contraire, ça facilite.

On espère effet positif du dépistage sur la prévention de MST), je n'ai pas de preuves. Je n'ai aucun moyen de savoir. Puisque négatifs, on souhaite qu'ils le restent. Mais voilà.

Si c'est des hommes qui sont venus ponctuellement pour se rassurer, on ne les voit plus. Par contre les femmes, on peut reparler justement d'un dépistage annuel. Ça, j'aurais l'occasion de le faire. Pour les hommes, c'est au contraire, ouf je suis tranquille. Mais si on a eu l'occasion de dire attention parce que la re-infestation est possible, mais ça c'est des conseils qu'on peut donner aux gens mais est ce que c'est suivi; c'est comme la diététique, on dit aux gens, vous devriez faire comme ci, faire comme ça, on en voit qui reviennent quand même avec 10 Kg de plus.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé.

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Aborder le problème dès qu'on a contact avec eux puisqu'on est souvent les médecins en première ligne, donc aborder au moins cet aspect là, les MST. Sans cibler, moi je pense qu'il ne faut pas cibler particulièrement le VIH mais dire les MST.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Oui, il faut aborder les antécédents médicaux. Justement le mode de vie antérieure peut avoir comporté des risques sanitaires plus important que ceux qui sont nés en Europe ou qui n'ont pas quitté l'Europe. Bon très souvent les africains sont parfaitement conscients que leur conditions sanitaires sont difficiles vis à vis de l'eau, vis à vis de tout, donc si on aborde ce sujet là, on rentre tout de suite dans le dépistage, la prévention, à ce moment le VIH est accepté comme le reste. Je pense que c'est un bon moyen. Et ça, c'est de la prévention au sens large.

Les hommes surtout (les patients migrants perdus de vue). Plus pour les hommes. Tout dépend s'ils sont fixés géographiquement. Ici, s'ils arrivent dans une famille qui est déjà résidente, on les revoit. On n'est pas dans le même contexte qu'à Paris. Ou dans les grandes villes où les gens sont de passage. Nous on a beaucoup moins. Les migrants qu'on voit ici sont des gens qui sont au moins hébergés, dans la famille.

Sur les cas qu'on connaît (l'observance chez les migrants), l'observance est bonne. Pas de moins bonne observance.

Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

On peut poser la question aux gens déjà de savoir s'ils savent qu'il y a un sur-risque, une sur-morbidité de VIH en Afrique subsaharienne. Est ce qu'ils sont au courant? Si eux ils ont déjà été au contact de gens qui sont morts du SIDA, porteurs du SIDA, pas seulement séropositifs mais morts du SIDA dans leur village ou dans la région, ce qui est souvent le cas. Ils ont vus des sidéens. Là c'est plus facile. D'aborder justement, de dire, au fait, vous avez cotoyé, vous avez pu être en contact avec des gens, ce serait peut être le moment de savoir où vous en êtes vous.

VII- Comment vous êtes vous formé au VIH ?

Ah ben oui, puisque moi ma génération a exercé avant que le VIH ne sévisse. Un enseignement, une mise à niveau, une mise à jour spécifique concernant le VIH, oui Bien sûr.

Alors dans les publications, les revues professionnelles et cetera.

Ce n'est pas vraiment un réseau mais nous, notre pôle, c'est le CHU, services de maladies infectieuses du CHU. Alors on a un suivi régulier, des correspondances. Ça se passe bien puisqu'ils ne sont pas loin.

ENTRETIEN M9

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Une définition du terme migrant? Comme ça, à brûle pourpoint, je dirais personne qui a quitté son pays et qui a choisi de venir s'installer en France.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oui, en général, on a le cursus quand même, on pose des questions. Je dirais oui.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui

Pourquoi ?

Je pense parce que j'ai justement une patiente africaine qui est VIH. Et du coup, j'ai pris l'habitude de dépister. Et puis parce qu'au début, moi j'ai vécu en Afrique. J'ai travaillé au Cameroun plusieurs années. C'était dans les années 80. C'était juste avant l'arrivée du SIDA.

C'est vrai qu'au début on a beaucoup parlé de SIDA en Afrique et donc forcément, moi je reste intéressée par tout ce qui est Afrique et donc voilà, je sais qu'il y a beaucoup, qu'il y a eu beaucoup, je ne sais pas si c'est toujours le cas, il y a toujours eu beaucoup de SIDA en Afrique.

Forcément, on dépiste.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Ben je pense qu'il y a beaucoup moins de protection là bas; en Afrique il y a beaucoup moins d'utilisation des méthodes de protection.

Ça non (la moitié des séropositivités concernait les migrants en France entre 2003 et 2008).

Cela peut-il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Oui quand même, parce que je n'avais pas notion d'un chiffre aussi important.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez-vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez-vous le test de dépistage ?

A quel moment? Je pense que j'essaye d'amener la nécessité de faire une prise de sang, et puis dans le cours de la prise de sang, enfin j'explique ce que je demande, et puis je lui demande l'autorisation de bien vouloir faire un test HIV. J'amène ça, je ne demande pas ça de but en blanc. Je demande ça : voilà, on va faire une prise de sang, je trouve une raison, il y en a peut-être d'autres d'ailleurs. Il y a peut-être besoin de savoir son taux de cholestérol aussi, enfin bon, voilà, et je dis on va demander aussi un HIV si vous voulez bien. En général, je fais comme ça.

Avez-vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non. Ça non. Non, mais j'enrobe quand même un peu. Je ne sais pas si c'est parce que moi j'ai du mal ou parce que je ne veux pas le choquer mais en tout cas j'enrobe quand même un peu.

Mais je le propose et je le propose tel que : on va faire aussi un test HIV.

Non, j'ai peur que ça l'inquiète (une proposition directe du dépistage), qu'il se dise elle a du trouver quelque chose qui lui fait penser que. Mais je fais, ça, ce que je vous explique là, la façon de le faire, c'est la même pour quelqu'un qui n'est pas migrant. Je fais la même chose dès que je procède au test HIV. Finalement, on en propose quand même beaucoup, je procède comme ça.

Vos patients ont-ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont-elles ?

Ceux que j'ai pu interroger, je pense que ça les inquiète beaucoup. Ils ont peur parce qu'ils ont vu autour d'eux des gens qui mourraient de ça. Après je n'ai pas détecté, je n'ai pas eu de cas de dépistage récent chez un migrant, je ne peux pas dire comment ça se passe une fois qu'on lui dit qu'il est positif.

Comment perçoivent-ils cette maladie ?

Je crois quand même, ce n'est peut-être pas tout à fait dans le cadre de votre thèse, mais il y a souvent quand même, j'ai assez fréquemment des femmes africaines qui me demandent des tests HIV parce que leur mari est parti en Afrique pour des vacances, sans elles, et ça les inquiète. Donc c'est vrai que je ne suis jamais allé jusqu'au bout de la question de leur demander et pourquoi vous seriez inquiètes d'attraper le HIV. Je ne sais pas quelle est leur perception vraiment de la maladie. Mais en tout cas, c'est sûr que ça les inquiète.

Ce cas de femmes qui me demandent parce qu'elles ont des doutes sur la fidélité de leurs maris, c'est fréquent. Ça, c'est fréquent. Mais ça, c'est pas forcément des nouveaux migrants, c'est des gens qui sont là, ça peut être des migrants anciens, c'est quand même des femmes déjà d'un certain âge qui sont souvent nées en Afrique, en effet. Leurs maris retournent régulièrement et régulièrement elles demandent le test.

Que pensez-vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Accepter, oui. Puis quelques fois, c'est eux qui le demandent quand ils ont des comportements à risque.

Patient homosexuel

Je crois que je n'ai pas de cas. Pas que je sache en tout cas.

Projet de mariage

Non, il n'y a pas de problème, non plus. Les gens acceptent, oui.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Oui, sauf que je n'y pense pas toujours. Je n'y pense pas systématiquement mais je dirais quand même que souvent eux ils demandent. Après que c'est vrai que je n'y pense pas systématiquement chez des gens qui reviennent de vacances mais c'est vrai que je devrais le faire.

Grossesse

Je le fais oui. Pour toutes les femmes, je le fais systématiquement qu'elles soient migrantes ou pas. Je le fais de manière systématique et je dis on demande aussi le HIV puis voilà. Je n'ai pas de refus non.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Non, ça non. Je n'y pense pas.

Contraception

Non, je ne fais pas systématiquement une recherche de HIV à ce moment là.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Je pense que là, ce serait plus délicat, oui. Je n'ai pas de cas précis en tête. Mais je pense que ce serait plus délicat et que peut être je chercherais une excuse pour faire une demande, une prise de sang autre et je mettrais ça avec en leur disant quand même. Parce que je ne fais jamais de tests sans dire aux gens que je le fais.

Oui, c'est déjà arrivé (dépistage à la demande du patient après un cas dans l'entourage). Peut être moins maintenant qu'avant.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste

En fait, infection opportuniste, je n'ai pas trop le cas. Je n'ai pas trop d'idées.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose :

Oui, effectivement. J'ai ça. C'était un monsieur, en fait on lui a trouvé une hépatite C . Là oui, systématiquement. Et même, sa femme a demandé aussi.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Pratiquement jamais.

Je n'ai pas souvenir de beaucoup de refus, en fait. Les gens ils acceptent, en général. Il y a un gars je me souviens qu'il refusait. Il est parti. Je me souviens qu'il refusait systématiquement tous les tests alors que pourtant il avait lui un comportement à risque. C'était un monsieur qui était marié, il avait même plusieurs femmes. Et en plus, il allait à Paris. On ne sait plus trop. Lui, il refusait systématiquement. Il était paranoïaque, il disait que c'était avec les piqûres qu'il pouvait attraper des choses. C'était une personnalité psychiatrique particulière.

On a quelque fois des refus chez des non migrants, en disant je l'ai déjà fait il n y a pas longtemps voilà. Mais chez des migrants, je n'ai pas comme ça d'idées précises. Je crois que jamais je n'ai eu de refus. Sauf ce gars là.

Je crois que c'était sa maladie psychiatrique. Il était carrément paranoïaque. Il avait une hépatite B et il était persuadé que c'était à l'hôpital de Mantes qu'on lui avait transmis ça. Peut être après il y a un terrain culturel. Je crois qu'il était quand même bien paranoïaque.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Je ne vois pas, non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population

générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Pas forcément (savoir si les patients sont multi-partenaires). On ne peut le savoir que s'ils le disent. S'ils le disent, c'est souvent parce qu'ils viennent nous demander un test. Donc autrement, les gens, ils ne vont pas nous raconter comme ça, je trompe mon mari ou mon fiancé.

Dans la pratique, je ne crois pas que ce serait faisable (le dépistage annuel). Peut être chez certains, oui, particulièrement soigneux ou particulièrement inquiets de leur santé. Heureusement les gens ils ne vivent pas en pensant uniquement à leur santé. Tous les ans, c'est beaucoup. Alors celui qui est multi-partenaire, qui sait il prend des risques, il va venir régulièrement mais pas forcément tous les ans mais de temps en temps. Ça doit être faisable quand même puisqu'on le fait bien pour le diabète et autres, mais disons que ça me paraît très difficile de dire à quelqu'un vous êtes d'Afrique subsaharienne, vous êtes noir quoi, et donc on va vous faire un test de SIDA tous les ans. Le gars il va me dire et vous, vous êtes blanche

Du coup, tous les ans, on ne peut pas associer ça à un autre dépistage. Enfin, on ne va pas lui dire tous les ans, on va vous faire une prise de sang pour le cholestérol. Donc, obligé de lui dire parce que vous êtes noir, on va vous faire une prise de sang tous les ans pour le SIDA, c'est un peu stigmatisant quand même, non.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

oui.

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Parce qu'on les voit plus souvent, à l'occasion des contraceptions, des grossesses. Parce que je crois aussi qu'elles prennent plus soin de leur santé.

Oui (les hommes sont moins vus en consultations). Mais les hommes en général. Les hommes en général prennent moins soin de leur santé. Je pense que les migrants aussi.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage ?

Non, ça ne m'est jamais arrivé. Je ne crois pas non.

Ici dans la région on est surtout, sur le val de Reuil, c'est souvent des migrants francophones.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Ben, je me suis dit qu'on avait bien fait de faire le test et puis voilà, je me suis tout de suite interrogé sur la façon dont j'allais l'apprendre au patient.

J'ai quelques patients séropositifs mais ce n'est pas souvent moi qui les ai dépistés. J'ai un exemple d'une patiente précisément. J'en ai eu d'autres au cours de ma carrière que je ne vois plus. J'ai une patiente précisément d'origine gabonaise que j'ai dépistée. Non je ne suspectais pas du tout.

Ça a été fait comme ça, dépistage systématique on va dire.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Je pense que ça a évolué quand même au fil du temps. Donc au début c'était vraiment la catastrophe quoi.

Oui (aujourd'hui, ils connaissent l'existence de traitements). Et puis, c'est beaucoup moins angoissant. C'est plus facile aussi pour nous de le dire. Mais quand même les gens sont beaucoup moins angoissés.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat positif ?

Oui, alors, au début non (le dépistage du partenaire). Enfin à la première consultation, non puis c'est vrai qu'après, on voit le patient réfléchir, et revenir pour nous poser la question. Dans un 2e temps.

De toutes façons c'est comme ça (le relais est hospitalier). Si on les revoit.

Non (on ne gère plus le VIH). Qu'ils prennent leurs traitements quelques fois, on a des doutes.

Les hospitaliers aussi, on des doutes. Mais ils continuent à suivre les consultations en général, oui. Au soin, oui. Après au traitement, ça dépend. Il y a toujours des indisciplinés comme partout. Mais en général, les consultations sont faites régulièrement puisque les hôpitaux maintenant nous préviennent quand même quand les gens loupent des rendez vous.

Je serais peut être plutôt tenté de vous répondre avec la première affirmation que c'est quelque chose dont il ne faut pas trop parler, oui. Moi j'ai l'idée que les femmes, moi j'ai une patiente africaine qui a ça, et elle effectivement il ne faut pas en parler autour d'elle, elle ne veut pas. Mais par contre, les femmes viennent assez librement dire, mon mari est parti, j'ai peur qu'il ait attrapé le SIDA, je voudrais que vous me dépistiez. Voilà, là elles parlent pour elles, elles veulent se protéger.

Je trouve que les femmes en tout cas en parlent assez librement mais c'est vrai alors après à l'extérieur je ne sais pas.

Rares sont les gens qui nous disent attention au secret médical parce que je crois qu'il savent bien que.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Non, je ne crois pas non.

Je crains que non (l'arrêt des comportements à risque). Malheureusement je ne crois pas non. Peut être qu'ils n'ont pas assez peur avant et qu'ils ne sont pas assez soulagés quand ils voient qu'ils sont négatifs. Mais moi je profite toujours pour leur dire vous êtes négatifs alors faites ce qu'il faut pour le rester. Mais je ne suis pas du tout sûr que ce soit une parole qui soit efficace.

Chez les femmes oui ça va, (l'abord de la sexualité ?). Chez les hommes, oui c'est plus difficile. Oui parce que quand ils ont des questions de sexualité, ils préfèrent aller voir un homme, je pense. Mais je trouve qu'avec les femmes, on parle facilement de sexualité.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Non. Je serais plus qu'il y ait des efforts faits pour qu'il y ait moins de transmission du SIDA en Afrique. Oui j'adresse au CHU de Rouen.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Comment vous êtes vous formé à la prise en charge médicale des migrants africains ?

Eh bien je pense qu'ils ne sont pas toujours, les nouveaux migrants surtout, ils ne sont pas toujours bien informés de leur droit et de ce qu'ils peuvent faire et nous non plus d'ailleurs.

Ils viennent (chez le médecin) mais ils ne savent pas, ils disent je viens voir mais je ne peux pas faire de prise de sang. Nous on ne sait pas trop non plus. Ils manquent d'informations sur les droits je pense des nouveaux migrants. Après ceux qui sont là depuis 5 ans, ils savent.

Comment aborder le dépistage du VIH chez un patient migrant africain tout en évitant de le stigmatiser ?

Ça dépend de la relation que l'on a avec le patient. Si c'est un patient que l'on connaît bien, avec qui l'on a instauré une relation de confiance, je pense qu'il ne se sent pas spécialement stigmatisé quoi. Mais il y a des gens que l'on voit de temps en temps, et il n'y a pas de relation de confiance ou peut être pas vraiment de longue date, donc c'est plus difficile, je pense.

Sûrement tous les ans oui, un dépistage tous les ans. (Frein au dépistage ?). Mais de toutes façons, j'y pense, un gars, quelqu'un qui n'est pas d'Afrique sub-saharienne, peu importe sa couleur ou son origine, s'il a un comportement à risque et il est multi-partenaire, il est à risque aussi, il faudrait le faire aussi.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Non j'ai fait un DU au CHU. Un DU VIH.

Parce que ça m'intéressait, oui. Le VIH en soi m'intéressait, les traitements m'intéressaient.

Et puis la prise en charge parce que je n'avais pas appris ça à la fac. Et puis la façon dont les choses se sont passées, les premiers cas etc. l'historique m'intéressait. Après ça ne m'a pas servi à grand chose puisque les traitements ont évolué énormément et puis comme toujours les hospitaliers qui ont refait les cours, ils ont continué malgré tout à capter les patients donc voilà. Je n'ai jamais eu une décision thérapeutique à faire. Ça ne m'a servi à pas grand chose.

Oui ça m'a permis de fixer d'avoir une base scientifique. Autre chose que ce qu'on lit dans les journaux.

ENTRETIEN M10

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Personnes nées en Afrique noire ou au Maghreb et arrivées en France.

Donc des gens nés en Afrique noire ou au Maghreb et qui sont venus s'installer en France. Ça garde la notion de migration. Si c'est des gens qui sont nés sur le sol français, pour les très jeunes enfants qui vivent encore sous l'influence de leurs parents, qui sont encore en situation de migrants, il y a un flou. Quand on passe à la génération suivante, pour moi, ils ne sont plus migrants.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Non.

Ça m'arrive mais ça, c'est pour essayer de retracer l'historique du patient, que je ne mets pas dans le dossier médical. C'est pour moi. Ça me permet quand même de savoir quel est le parcours et comment ils sont arrivés en France. Est ce qu'ils sont arrivés directement, est ce qu'ils ont fait une étape dans un pays de la communauté européenne avant. Est ce qu'ils sont venus simplement parce qu'ils avaient décidé de venir en France; ou est ce qu'ils sont rentrés pour des raisons de réfugiés politiques; ou même éventuellement, alors ça je ne le note pas en clair, mais j'essaye de savoir s'ils sont rentrés sans papier par exemple. Ça c'est important, parce que je pense que dans l'approche relationnelle, ce n'est pas pareil, je veux dire. Alors pour moi j'en ai besoin de le savoir, quelque part.

Pas forcément (savoir si un patient de 15 ans est un migrant), ça m'arrive leur reposer la question. Alors bon, il faut quand même être très clair; c'est que dès qu'ils ont 16 ans, ils ont leur numéro d'immatriculation, on sait tout de suite s'ils ont 99, ça ça nous aide beaucoup. C'est un petit élément, mais qui permet quand on les connaît depuis déjà longtemps, c'est de savoir réellement s'il est bien né en France ou si ses attaches profondes, il les considère encore ailleurs. Parce que ça c'est toujours assez flou.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

On est sensibilisé et on s'aperçoit qu'on a du mal quelque fois à le faire de façon réelle; parce que souvent les migrants d'Afrique, ils n'arrivent pas directement dans nos cabinets. Souvent il y a eu une étape avant soit en région parisienne ou autre, et donc on n'arrive pas toujours à repérer leur statut; et puis la 2e chose, c'est pas le tout d'avoir le statut, d'arriver à leur faire accepter le suivi, c'est pas toujours facile.

Pourquoi ?

Ben je pense surtout qu'il y a un état plus pandémique et il y a moins demandes spontanées. Ça c'est évident.

La 2e chose, c'est qu'effectivement ils sont moins demandeurs d'exams. De façon générale, je pense qu'il y a quand même, alors ça c'est plutôt ethnologique ou culturelle, c'est qu'on ne considère pas la maladie de la même façon selon ses origines.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non, je n'avais pas cette notion là. Pas du tout. Ça me surprend d'abord. Effectivement, les chiffres sont quand même très élevés. Concernant un petit pourcentage de ma population médicale, tout au moins ici, vu la topographie du quartier, c'est vrai que ça me paraît énorme les chiffres que je lis par rapport à ce que j'observe. Mais peut être parce que je suis justement mal informé et qu'effectivement, je ne les dépiste peut être pas suffisamment.

La plupart n'arrivent pas directement en plus, au Havre. Souvent, ils sont en Île de France, et après un certain nombre est dispatché et il y en a un certain nombre qui arrive ici.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Ben c'est évident. Parce que je pense être un peu plus systématique à partir du moment où quand on n'a pas le statut du dépistage à l'arrivée.

Alors moi, j'ai quand même aussi une petite réserve, c'est que je m'aperçois que je vois souvent les femmes migrantes africaines arriver au cabinet mais je vois rarement leur conjoint. Voilà. Donc soit elles viennent seules ou elles viennent, si elles ont des enfants, pour les enfants. Mais le conjoint ça arrive beaucoup plus tard ou pas du tout. De façon générale, c'est 2 pour 1 déjà. Mais là on est plus dans le 3 à 4 pour 1.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb.

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Alors très bonne question. Je serais presque dans l'incapacité de le dire.

Souvent quand je fais le dossier j'essaie déjà de savoir s'il y a eu des exams qui ont été fait et savoir s'ils ont les résultats. Et puis depuis que j'ai participé déjà, encore plus maintenant qu'on en discute avec les résultats de l'enquête, j'essaies si je les revoie de restructurer un peu les choses, notamment il y a un élément essentiel c'est sur que quand il y a une demande de grossesse, en général ce n'est même pas une demande, c'est plutôt une mise en situation parce qu'il y a grossesse. Et donc effectivement dans le bilan, ça c'est systématique. Même si ce n'est pas obligatoire, je leur demande et en général, je n'ai pas de refus dans ce contexte là.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Le proposer de façon générale, non.

A le proposer de façon systématique, peut être. Je pense que je ne le demande pas suffisamment souvent. Très honnêtement. Je ne pense pas que ce soit plus pour une population ou pour une autre.

Je me pose la question (Pourquoi?). C'est presque un peu une forme de négligence quelque part peut être. Je pense que je ne le demande pas suffisamment souvent.

Je pense aussi, alors il y a la période où ça commence à être intéressant c'est chez les jeunes, mais je pense qu'effectivement j'essaie de le proposer surtout quand on commence à discuter de sexualité et de relations et cetera. et puis surtout, quand il y a un couple qui se forme, demander s'ils sont dépistés.

J'insistes par contre quand je le propose c'est que ce soit proposé et fait par le conjoint aussi. Alors, ça c'est le plus facile. Quand c'est des gens qu'on connaît bien, de dire vous allez maintenant vous mettre en ménage ou tout au moins vivre ensemble ou avoir des relations, ce serait bien quand même ne serait ce qu'il y a eu un petit copain avant pour le partenaire c'est pareil est ce qu'il y a eu une petite copine, ça peut être important aussi.

C'est vrai que, par contre, effectivement rencontrer des gens qu'on connaît mal et qu'on a des problèmes aussi conjointement de pouvoir se faire comprendre, et d'emblée de parler de dépistage d'une maladie qui n'est pas forcément facile à parler, ça peut poser un problème au niveau de l'établissement d'une première relation médecin malade. Mais je n'ai pas d'à priori négatif là dessus.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ? Quelles sont elles ?

Je n'ai pas de souvenir qu'il y ait eu une réaction, entre guillemets, épidermique. Je ne pense pas que ça pose problème.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Je n'ai pas suffisamment de cas concrets en tête pour pouvoir porter ce genre d'affirmations ou de non affirmations. Je ne me prononce pas. Je joue joker là.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Non. En mémoire comme ça, je n'ai pas de cas très précis. J'ai le cas par contre d'un monsieur qui est porteur, qui est en traitement et qui a arrêté son traitement pour repartir en Afrique pendant 2, 3 mois.

En dehors de ce cas là, je n'ai pas de cas très précis en tête. Je ne peux pas dire ni oui ni non.

Patient homosexuel

Alors là, c'est plus difficile parce que je ne suis pas sûr d'en avoir dans ma patientèle, repéré en tout cas comme tel. On a un foyer ici mais on n'a pas beaucoup d'africains. Il y en avait beaucoup plus avant. Je crois dans les années 60 70, il y avait beaucoup de migrations d'Afrique noire, beaucoup moins depuis un petit moment. Enfin tout au moins sur notre quartier. Parce qu'en ville basse, il y a un quartier où il y a un autre foyer. C'est un peu réparti.

Projet de mariage

Ça je le fais. C'est vrai que maintenant la demande de mariage c'est de moins en moins. Dans la mesure où ils ne se rendent pas compte de ce qui est obligatoire ou pas obligatoire. A partir du moment où il y a une demande officielle, c'est vrai que les gens si on leur propose quelque chose, ils le font parce qu'ils ont peur que ça ne passe pas au niveau du dossier entre guillemets. Donc ils sont en acceptation facile.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Non, je n'ai pas souvenir. Je ne suis peut être pas assez demandeur. Donc voilà. C'est peut être ce qui va changer dans ma pratique après l'entretien, être plus vigilant.

Grossesse

Là c'est systématique.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Moi j'en fais pas. Bon, je travaille surtout avec le planning familial et l'hôpital Monod (Hôpital du Havre). Un peu aussi le privé, mais moins. Souvent ça fait partie des choses qui sont prescrites sur place.

Prescription d'une contraception

Ça serait. A mettre au conditionnel. Ou ça sera. Disons que je serais plus attentif.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Je n'ai pas souvenir. Que ça se soit posé oui mais que ça me soit dévolu, ça s'est pas sur.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Ça oui. C'est vrai qu'on a l'avantage ici et peut être aussi une des raisons pour laquelle on est moins systématique, c'est qu'on est dans une grande ville, donc il y a un service spécifique de dépistage notamment pour la tuberculose à l'hôpital.

Et puis, on aussi un suivi des maladies comme l'hépatite C avec l'équipe de gastro-entérologie qui s'en occupe. C'est vrai que souvent, si je ne le fais pas moi, j'envoie et donc en sachant que ce sera plus global. Et ils oublieront rien. Pour moi ça, c'est plus évident. Ça fait partie des attitudes.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Je n'ai pas souvenir qu'il y ait eu une proposition qui ait été refusé.

Après, nous, on prescrit, on n'est pas sur que ça va être fait derrière.

A partir du moment où c'est eux qui sont demandeurs d'une consultation ou autre, si c'est proposé, en général.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non. Je vais dire non, je préfère être très honnête.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Ça me paraît tout à fait judicieux, un peu comme on fait pour faire un statut initial. C'est vrai qu'on a un peu plus de mal à se mettre dans l'idée, moi personnellement, de demander systématiquement à tout homme ou toute femme; peut être pas trop difficilement à des jeunes. Par contre à des gens de la quarantaine, pour moi, c'est un peu plus compliqué. Le fait d'être aussi clair, dire tout le monde, c'est vrai que c'est plus facile aussi de reporter après en consultation en disant, c'est pas obligatoire mais c'est ce qui est conseillé.

Et donc dans ces cas là, si on a effectivement l'aval, c'est pour ça que je dis c'est une bonne chose, c'est de dire c'est un vrai problème de santé, il faut le faire. On n'est plus dans le personnel, on est dans le systématique. C'est plus facile à faire accepter puisque dans ces cas là, on ne se met pas la personne en face de nous en disant : Ben je pense que vous avez du prendre des risques et que vous ne voulez pas m'en parler, mais c'est normal qu'on le fasse.

C'est un peu ce que je dis déjà quand j'ai des jeunes qui me disent mais de toute façons je ne vois pas pourquoi je devrais faire la sérologie puisque c'est mon premier voilà. Je dis : oui, mais c'est plus facile de dire ça à ton ami ou ton futur conjoint, en disant que bon, on fait ça avant, comme ça je te montre mon truc, je suis clean, et puis toi aussi, ce n'est pas pour savoir ce qui s'est passé avant, c'est simplement dire il n'y a pas de problèmes. Dans ce sens là, c'est plus facile.

Non (savoir les comportements sexuels à risque). Même en général. De toutes façons, on a toute une partie de la population, notamment celle qui prend le plus de risques qui nous échappe. Et il y a aussi la façon dont on travaille, il y a beaucoup de sectorisation, il y a des gens qu'on récupère à un moment donné dans notre patientèle, mais qui tout un temps ont été suivi ailleurs. Je veux dire soit à l'hôpital soit dans un autre cabinet.

Mais de façon générale, je ne sais pas si les hommes prennent plus de risques que les femmes ou s'ils en font courir plus à leurs partenaires, mais nous on les voit peu. Moi je m'aperçois bien. A

moins qu'ils aient réellement un problème de santé avéré.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est-il plus souvent connu que celui des hommes ?

Moi je dirais que forcément je vais avoir une idée faussée, c'est celles que j'ai demandées moi, donc ça va forcément être plus pour les femmes; et puis, après il y a le dépistage anonyme et gratuit que chacun peut faire à l'insu de toute personne et ça ça nous échappe totalement.

Si oui, comment l'expliquez-vous ?

Ben, il y a déjà le suivi de grossesse parce que j'en fais, il y a la demande de contraception. Il y a le fait que c'est souvent elles qui amènent les enfants. Je pense à 2 ou 3 migrantes en particulier où ça fait 3 ou 4 ans que les voies régulièrement; je n'ai jamais les conjoints. Manifestement, il y a eu au moins un nouvel enfant arrivé sur le sol français, donc il y a forcément un conjoint.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez-vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage ?

Je n'ai pas le souvenir. On a du mal à avoir des interprètes au cabinet. Il faut vraiment qu'ils ne parlent pas un mot de français et que ce soit plutôt dans l'accueil au niveau de notre foyer; c'est plutôt l'inverse, c'est à dire que c'est le foyer qui demande un rendez-vous pour une famille qu'il vient d'accueillir. Mais ça ne s'est pas reproduit depuis un petit moment et dans ces cas-là, si vraiment il y a un problème de langue, ils sont accompagnés au moins pour la 1ère consultation.

Après, c'est un peu débrouilles toi.

Donc en matière de dépistage, je ne suis pas sûr d'avoir utilisé les services d'un interprète.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Les deux derniers en date, ce n'est pas moi qui ai géré directement le résultat positif. Ça a été pris en charge par l'hôpital.

J'ai du au moins en avoir un. De toutes façons, en général, si c'est un résultat positif, j'aime bien avoir l'avis, on a la chance d'avoir à l'hôpital une personne qui est un peu ressource qui permet de mieux prendre en charge, et d'avoir aussi peut-être plus de facilités, s'il y a besoin de faire intervenir une tierce personne. Eux, ils ont les capacités puisque dans l'hôpital il y a forcément des gens de toutes nationalités qui savent parler. Pour essayer de faire comprendre, là j'en ai vu un, c'est un peu compliqué parce qu'il ne parlait que le kabyle pratiquement; un peu de français mais pas suffisamment pour pouvoir lui expliquer ce qui se passait et ce qu'il fallait qu'il fasse.

On est toujours un petit peu surpris parce que, j'allais dire dans la mesure où c'est une maladie qu'on maîtrise bien maintenant, mais c'est vrai qu'on sait que derrière, ça va être quand même compliqué à gérer au niveau de la surveillance, de la prise en charge. Et puis ce n'est pas sympa, je veux dire comme n'importe quelle annonce, on n'a pas envie que nos patients aient une maladie même si là, c'est simplement une séropositivité qui demandera une surveillance ultérieure.

C'est plus dans la mesure où, moi ce qui m'a posé problème, c'est savoir comment expliquer qu'il y a des précautions à prendre, qu'on ne peut pas se permettre de l'ignorer.

Si ce n'est que pour une séropositivité, pas forcément (relais hospitalier immédiat). C'est quand il y a une comorbidité, par exemple l'hépatite C, là évidemment, ça nous échappe un peu. Ou alors, ils reviennent vers nous à un moment donné parce que c'est un petit peu lourd, alors quelques fois ils ont besoin de parler avec quelqu'un d'autre. Déjà ce n'est pas spécifique à la population migrante.

Comment vos patients réagissent-ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Le dernier cas, il s'est avéré que finalement, c'était un faux positif. C'est tant mieux pour lui.

Et en plus, c'était un migrant ancien, mais qui retourne régulièrement dans un pays où il y a pas mal de pathologies. Les autres, c'était l'hôpital tant que je me souviens.

Quels changements avez-vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat positif ?

Je ne peux pas faire une statistique générale sur si peu de cas, mais dans les quelques cas que j'ai, oui, ils adhèrent au suivi. Après souvent, il y a une cassure à un moment donné comme un ras le bol. Ce qui est marquant c'est que la cassure, elle se produit si à un moment donné, ils repartent à

l'étranger. Après ça dépend. Il y en a un, il n'est pas revenu du tout dans le suivi; il y en a un autre, il a arrêté puis il a repris.

Dans le cadre de ceux que j'ai, je ne suis pas le conjoint, bizarrement. Donc c'est vrai que ce n'est pas moi qui ai pu l'organiser (le dépistage du conjoint), en tout cas, j'espère que l'hôpital a fait ce qu'il fallait.

Je ne suis pas sûr qu'il soit aussi, je veux dire nous, la responsabilité est la même, je veux dire qu'il aient la même notion de ce que peut être le secret médical. Je pense qu'ils accepteraient plus volontiers d'en parler. Mais je parle bien au conditionnel.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Que ça ouvre un dialogue plus facile. Oui, ça c'est certain. Moi, je le propose, maintenant c'est sûr qu'après c'est difficile de savoir si c'est entendu, si c'est accepté et puis si ça change quelque chose.

V- quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

C'est vrai que d'avoir des petites documentations comme on en a pour mettre en salle d'attente, spécifiques pour les migrants, ça pourrait être bien, maintenant il ne faut pas non plus que ce soit stigmatisés. Ça peut être donné plus personnellement, parce qu'il ne faut pas le mettre en salle d'attente pour tout le monde, personne ne va oser le chercher.

VI- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Oui ça c'est évident. C'est plutôt dans le suivi dans la longueur. On a plus de difficultés. On traite le coup par coup j'allais dire beaucoup plus.

Bon, il y a le fait aussi qu'il peuvent être amenés plus facilement à déménager.

Notamment quand ils sont dans un établissement d'accueil initial, et puis qu'après, on va leur proposer éventuellement d'intégrer un logement qui soit plus personnalisé. Evidemment souvent ils changent de quartiers, il y en a certains qui continuent à venir au cabinet et puis d'autres qui vont aller plus près de chez eux, s'ils y arrivent.

C'est surtout le fait que je pense que la consommation de soins est plutôt ponctuelle. Il y a vraiment un besoin, une réponse. Les patientèles un peu plus entre guillemets européennes ou francisées vont être plus consommateurs dans la régularité. Il faut les relancer aussi mais il y aura plus facilement une notion de suivi, suivi des vaccinations et cetera.

Il y a aussi le fait que pour une partie de la population migrante, on va les orienter aussi pas forcément sur un médecin généraliste, mais plutôt dans une PMI, par exemple pour la vaccination des enfants. C'est vrai que ça diminue le nombre de consultation, donc ça diminue la capacité qu'on a de leur proposer en même temps; on dit c'est bien de vous vacciner contre la rougeole parce que vous ne l'avez pas fait quand vous étiez en Afrique, mais il faut peut être aussi faire votre sérologie.

Quand il y a un programme de soins de prévention, on plus facile; quand les gens viennent parce qu'ils ont mal à la gorge et qu'ils ont une angine, c'est vrai qu'on ne pense pas à leur proposer la sérologie, sauf si c'est la 3^e (angine) en 3 semaines. Par contre, effectivement quand ils viennent pour un acte de prévention, là c'est plus facile. Et ces actes nous échappent en partie, moi j'ai remarqué.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Il y a l'information et la lecture de tout ce qui peut se dire et puis il y avait eu, ça remonte déjà à quelques années, une formation qui avait été proposée aussi sous la forme d'un EPU un peu structuré sur la prise en charge, notamment c'était couplé avec l'hépatite C.

Les études, moi, je les ai finis avant que la maladie soit bien connue, puisque j'ai eu ma thèse en 1984, donc ça fait déjà quelques années.

ENTRETIEN M11

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Bien sûr, oui, oui.

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Un migrant pour moi, ça reste le migrant qui vient d'arriver. Pas quelqu'un qui est là depuis, il y a des migrants, on ne sait pas trop bien s'ils sont repartis aussi. Un migrant pour moi c'est quand même une arrivée récente. A priori, premièrement c'est une arrivée récente. Alors récente, je dirais moins de 5 ans. C'est tout à fait personnel. Vous me direz après ce que vous en pensez mais il y en a qui font des tas de vas et vient, on ne sait pas. Surtout ceux qui sont dans des foyers. On n'a pas une attitude d'investigation non plus. On n'est pas là pour les enquiquiner.

Ils ont déjà un statut, on voit bien. Soit la carte d'AME, soit la carte de CMU ou papiers en cours.

Et puis, il y a des gens qu'on voit tout le temps. On sait bien où ils en sont. Ce ne sont pas des migrants. Ils sont déjà sédentarisés.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

Il y a la notion de différence culturelle quand même qui est en plus. Puisque sinon c'est vrai, s'il vient de suisse, c'est un migrant. On peut faire comme ça du pinaillage.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Ah ben oui, parce que j'en connais un certain nombre. Par exemple, dans les patients du quartier, il y a quand même une vague de migrations très importante. Le quartier a 50 ans. D'abord un, Le Havre, c'est un port, donc c'est une zone de passage migratoire quand même, deuxièmement, le quartier ici, Caucrauville a fêté les 50 ans du quartier l'année dernière ou il y a 2 ans je ne me souviens plus très bien; il y avait même Amadou et Myriam qui sont venus faire un concert il y avait plein de monde, donc là la vague de migration, c'était à l'ouverture des usines : la pétrochimie, et puis surtout chez Renault. Donc là, il y a eu une vague de sédentarité importante, datant de ça, il y a des gens qui ont fait 30 ans, toute leur carrière, ils sont en retraite maintenant.

Ils ont fait leur carrière au havre, donc avec leurs familles, leurs femmes, une ou plusieurs, des enfants, des grandes familles aussi, donc ces gens là, on les connaît bien.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui.

Pourquoi ?

Chez ceux qu'on vient de désigner, les sédentarisés, ou les migrants? Tous parce qu'ils viennent d'Afrique? On va dire que peut être pas d'emblée, on va leur demander est ce qu'ils sont ... on en parle moins maintenant mais au début quand le VIH a commencé à faire parler de lui, il y a 15 ans, c'est certain que ... moi j'ai quand même des familles avec 2 femmes, avec 12 – 13 enfants, avec des maris qui s'en vont voir la famille là bas mais ils ne vont pas voir que la famille, ils vont peut être voir une concubine supplémentaire... Voilà et cetera. Voilà migrant mais avec une culture aussi. Donc là peut être un peu plus, quand ils viennent pour un moindre problème, un moindre bouton qui grattouille, on va ouvrir un petit peu le bilan et on introduit toutes les infections sexuellement transmissibles. Voilà, c'est le raisonnement qu'on fait généralement, que j'ai fait. Je ne sais pas si

c'est ce qui se fait.

Je viens de vous dire là, par exemple, il y a des habitudes de vie. Il y a aussi, on le sait c'est des dialogues qu'on a pu avoir avec la femme, on connaît leur femme française, celle qui vit à leurs côtés en France. Mais donc ça peut être des femmes aussi. Les femmes, elles sont dépistées, on leur demande au moment de la grossesse, à l'accouchement, elles sont dépistées quand il y a un problème quelconque. Pour ce qui concerne le mari qu'on voit beaucoup moins,

c'est au retour de ... parce qu'il a fait machin ... et il associe cela. Et puis la notion qu'on a pu échanger à savoir : oui mais le virus moi je n'y crois pas, c'est une invention occidentale et cetera.

Nous, on n'est pas ... Je vous livre les réflexions. Musulman, nous on fait attention et cetera. Voilà. Et donc ce qui signifie quand même un déni du problème quand même. Déjà on l'a vis à vis du palu quand ils partent quelques jours : ben monsieur il faut prendre pour le palu, oh!!!

finalément on leur donne parce que ce serait une erreur de ne pas le donner. Ils partent avec leur ordonnance ils l'achètent ou pas. Donc il y a des cas des pensées stéréotypées là dessus. Donc on se méfie. On est dans la méfiance, je vous le dis.

Il y en a un à Aplemont (un foyer de migrants). Il y en a un aussi plus bas à Rouelles. Là c'est Maghreb et Afrique.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Personnellement moi je n'ai aucun cas de VIH africain. Moi j'en ai 0. par exemple, à mon niveau. 0 cas de VIH.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Il n'est pas systématisé (ma pratique du dépistage). Il est quand même ciblé.

Là vous me voyez, mais je suis en retraite depuis fin Décembre mais je fais un peu de mi temps en attendant. Il y a un médecin qui fait sa thèse. Il est diplômé mais pour qu'il s'installe il faut qu'il finisse sa thèse donc je fais un petit peu de mi-temps pendant quelques mois.

Enfin toujours est il que pour vous dire j'ai quand même une clientèle qui a vieilli. Il y a des gens que j'ai connu avec leurs jeunes enfants, maintenant ces jeunes enfants que j'ai vacciné tout petits, ils ont 30 ans. Je vous dis dans ces populations assez larges avec des familles de 6 à 10 enfants voire plus 0. aussi bien pendant les grossesses de toutes ces femmes, au niveau des jeunes filles qui sont devenus maintenant des filles sexuellement actives, hein parce qu'elles ont beau dire je sais qu'elles ont malgré tout le blabla traditionnel sur la virginité, un certain nombre respecte tout ça mais certaines ont des aventures, puis certaines, vraiment elles se lâchent, elles en ont beaucoup. Je n'en ai vu aucune (de sérologie VIH positive).

Est ce le hasard? Je n'en sais rien.

Non (le fait de ne pas avoir de malades VIH est ce un frein au dépistage dans votre pratique), l'attitude reste la même. Les choses ont évolué c'est sûr, maintenant on a moins ce discours là. A force de le répéter, le VIH n'est pas une invention diabolique de l'occident. Ils ont compris quand même.

Donc maintenant on ne dit pas comme ils pensent que ce n'est pas la peine de mettre de préservatifs ... Ceci dit là bas quand on retrouve les copains et les copines pendant 1 mois ou 2 mois de vacances, qu'est ce qui se passe, on n'en sais rien donc c'est au retour. Mais je vous répète, ça m'est arrivé souvent parce qu'il y avait une urétrite, des brûlures urinaires ou des douleurs au ventre ou même quelque fois, des motifs disons un peu annexes, ils avaient droit à leur biologie et je n'ai rien trouvé. Tant mieux pour eux d'ailleurs. Je m'en réjouis. D'abord pour les patients.

Je ne sais pas si ça correspond à tous les pays. Là au Havre, c'est une population quand même, c'est mauritanienne, sénégalaise, essentiellement. Après il faut affiner tout ça parce que le Congo, Kenya ... et puis, je pense que les habitudes sexuelles, familiales, changent un peu. Ici il y a beaucoup, moi je vois les populations c'est Sénégal, nord Sénégal avec Mauritanie, mais c'est tout,

c'est l'essentiel. Congo, tout ça, Bénin, ivoirien très peu, Cameroun très peu, Kényan pas du tout et cetera, Mali non plus, c'est Sénégal. Ah oui, c'est Sénégal, beaucoup. Alors essayer de trouver dans vos statistiques, s'il y a des choses, je ne sais pas pour avoir une explication à ça. Je ne sais pas. Mais pour moi, ça reste un migrant.

A ce moment vous pouvez aussi aller au laboratoire, vous pouvez aller voir directement au labo. Là, vous saurez il y a tant de VIH. Parce que nous, il nous en échappe peut être certains. Il y a des familles où on ne voit pas tout le monde. On sait qu'il y a tant d'enfants, il y a des familles je ne les ais pas vus depuis longtemps aussi. Moi je vous incite pour un recrutement plus rationnel, il faut sûrement aller au laboratoire de l'hôpital.

Voilà moi dans ma pratique, c'est ce que je vous dis. Peut être qu'après, ça reste des migrants mais des migrants relativement sédentaires qui vont, tous les 2 ou 3 ans quand ils ont mis de l'argent de côté, voir la famille. Alors là bas, avec l'ambiance vacances, il y a aussi des voyages programmés pour faire connaissance avec un nouveau, là bon, j'ai une famille c'est des grands gaillards de 30 ans qui sont revenus, qui étaient avec des hématuries, des bilharzioses mais bon, dans le bilan, il y avait tout, toutes les maladies sexuellement transmissibles, le VIH n'était pas là, c'était de la parasitologie en fait, on était hors VIH.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

(vous avez déjà cité les bilans systématiques ?)

Avant on savait qu'il y avait le mariage, il y avait les examens de mariage qu'on ne fait pratiquement plus parce qu'il y a peu de mariage. Avant il y avait le certificat pré-nuptial, terminé.

Donc la plus grosse voie, c'est la contraception quand il y a des contraceptions et les grossesses chez les filles ; chez les hommes ce sont les bricoles : les urétrites, les brûlures, les hématuries, mon zizi qui me fait mal.

Quand il y a un truc bizarre, oui. Après on tombe dans la pathologie courante : une asthénie, le gars qui ne mange plus.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non. Moi même, non.

Après je rassure. Je ne leur dis pas parce que vous êtes migrants, je leur dis écoutez : vous êtes fatigué, il y en a qui ne mangent pas bien. J'en ai vu un il n'y pas longtemps, il a 30 ans il me dit qu'il mange bien mais quand je l'interroge il mange 1 fois par jour, il est maigre. A priori, il n'avait aucun stigmat de quoi que ce soit dans le VIH, mais enfin c'est le cas, état général altéré, bof VIH hein. Mais c'est pas VIH tout seul. VIH, toutes les sérologies hépatiques et cetera quoi.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont elles ?

Non pas vraiment.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Quand même, c'est le VIH qui revient, ils viennent pour le VIH. Par exemple dans la hiérarchie pour les IST, ils ne parlent pas du gonocoque, la syphilis qui existe on en voit encore mais le gonocoque aussi. Toutes les urétrites qui ont pratiquement la même voie de contamination. Parce qu'elle est quand même chez le migrant très sexuelle la transmission, elle n'est pas tellement avec les seringues, ce n'est pas tellement la toxicomanie qui en est le vecteur, je ne crois pas non.

Et puis il y a quand même une situation où il y a beaucoup de migrants qui sont isolés en France et qui ont peut être recours à la prostitution.

Il y a quand même des sous populations, des sous groupes parce que là dans la sédentarité, dans ceux qui sont là en France depuis longtemps, qui ne connaissent l'Afrique que périodiquement pour aller en vacances 1 mois ou 2, voir la cousine ou le mariage ou pour y aller s'y marier parce que les familles y sont; moi je vois ça souvent, j'ai vu des jeunes aller en Afrique avec papa, maman pour un mariage qui était un peu arrangé, puis revenir triste, le mariage était célébré mais finalement ...

des jeunes qui étaient déprimés, des filles, je parle des filles là. Et donc, à ce moment, elles venaient pour parler de 2 problèmes, la déprime, un genre de trahison familiale et puis 3e chose, elles veulent un dépistage. C'est elles, les filles, qui viennent demander un dépistage. On voit ça aussi.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Je la fais franchement avec la même facilité qu'avec n'importe qui. Idem. Il n'y a pas de particularité migrante.

Patient homosexuel

Non je n'en connais pas. Je n'ai pas d'exemples. J'ai quelques uns, un certain nombre d'homosexuels parmi mes patients, ils sont maghrébins ou blancs mais noirs non. Migrants, non. Ils sont nés ici.

Projet de mariage

Oui là je le propose. Je leur dis actuellement il n'y a plus d'obligation réglementaire pour ça mais ...

J'ai vu un jeune couple de marocains, tous les 2 nés en France qui un est ingénieur, il est né ici au Havre, avec des frères qui ont fait des BTS, qui ont des bons parcours; une jolie marocaine qu'il a connu à Rouen, je ne sais pas par quel biais et ils voulaient se marier et là, on a trouvé une hépatite, qui était transmise par la maman, avec une fausse sérologie positive (pour le VIH). Alors là, il a eu la trouille, tout le monde aussi, moi aussi, le laboratoire. Puis il a refait les examens, les confirmations et ils ont écarté, c'était un faux positif à cause d'une hépatite. Faux positif au VIH mais c'était une hépatite. Il avait eu droit à son western blot et tout, et puis après il avait même fait une PCR pour distinguer. Non mais il était très heureux le couple. En plus, ils sont gentils comme tout, ces 2 jeunes là. Mais on avait une sérologie positive, c'est le laboratoire qui m'avait appelé, il m'a dit je ne leur ai encore rien dit mais il faut absolument le confirmer.

Bon alors ces 2 là, explication classique, ce ne sont pas des migrants puisqu'ils sont nés en France mais tous les autres, c'est exactement pareil; je leur ai dit : écoutez avant, j'ai connu la période où pour se marier on faisait un examen. Ce n'est plus obligatoire mais je vous le fais quand même parce que je considère que je leur dis carrément, quand on prend une épouse, on ne doit pas lui apporter le malheur, entre guillemets. Je ne leur dis pas ça comme ça mais c'est vrai. Et c'est l'occasion ou jamais de faire le point et donc je leur dis : comme ça voilà, je vous le fais, comme à n'importe qui.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Ils ne viennent pas obligatoirement me voir. Si par contre, ils viennent me voir, je suis fatigué, j'ai maigri et cetera, là ils n'y coupent pas. On revient au cadre précédent tout à l'heure. Ce n'est pas systématique. Quand ils partent, ils viennent pour chercher leurs trucs palu, je ne leur dis pas quand vous rentrez vous ferez ça. Non.

Non, ça n'arrive pas souvent (les consultations au retour du pays natal). Après, je vous dis, ils viennent parce qu'ils ont eu un petit souci sexuel, ils ont fait joujou avec les copines, ou les cousines du village ou alors ils reviennent fatigués, amaigris et cetera, donc on retombe dans le cas de figure précédent. Et là, je suis en alerte, parce que ils sont resté suffisamment de temps, ils ont été sollicités, il y a l'ambiance de fête familiale, et cetera. J'ai aucune idée de ce qu'ils font, ça ne me fait rien. Pour eux, c'est l'occasion de leur dire. De toutes façons, ils n'y pas que ça. Le reste, je m'en fiche. Il n'y pas que ça.

Grossesse

Pas de problèmes

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Je n'en ai pas vu beaucoup d'interruptions de grossesse chez les migrants. Il y en a actuellement de plus en plus je dirais, jusqu'à présent non. Je n'ai pas.

Tout dépend à quel moment elle arrive. Quelquefois il y a tous les scénarios; il y a des

grossesses qui commencent comme une vraie grossesse, on fait les premiers bilans donc on fait les sérologies, et puis au bout de quelques semaines, le papa se tire, Il dit ciao et là, c'est le dilemme qui est moral. Il y a quand même de plus en plus d'interruptions de grossesses, Maghreb ou africaine. Il y en a encore beaucoup qui gardent leurs enfants mais il y en a aussi beaucoup qui interrompent leur grossesse. Actuellement, on voit une augmentation malgré la culture africaine, malgré l'Islam et tout. Je n'ai pas eu le cas demander le VIH lors d'une IVG. Non pas encore. Non.

Je connais un petit peu le problème par expérience. Je vois beaucoup de jeunes filles qui ont fait des études. Là, on sort du VIH. Il y a un énorme décalage. Par exemple, beaucoup de jeunes africaines, qui travaillent bien à l'école, elles arrivent beaucoup mieux que les garçons. Elles sortent du lot quand même dans la communauté, dans leurs familles même. Et souvent, il y a un décalage, elles disent mince j'ai un diplôme, elles aspirent à des situations très correctes, les garçons sont quand même à la remorque au point de vue études. Alors au moment où ces jeunes filles là veulent se marier, fonder une famille, elles se retrouvent devant de sacrés problèmes pour avoir un compagnon. Parce que dans leurs études, souvent les gens se côtoient ou dans un milieu étudiant. Je lisais un article récemment sur les connaissances pour se marier dans la vie; c'est souvent soit milieu socio professionnel, soit étudiant, soit dans le même milieu, milieu ouvrier, milieu agricole. Milieux agricoles, comme ils sont un peu isolés à la campagne, les lieux de rencontre, c'est la discothèque le samedi soir, les sorties. Les étudiants, c'est dans le monde étudiant. C'est quand même un monde avec ses compartiments; on aboutit à quoi, c'est que les jeunes filles par rapport aux garçons africains ...

On voit quand même rarement des mariages mixtes. J'en vois peu moi, des blanc noirs, je n'en vois pas beaucoup. Et beaucoup de jeunes filles vont chercher un mari en Afrique, au pays natal. Et là bas quelquefois, il y a un décalage entre la carrière que va avoir cette jeune fille là et ce décalage socio professionnel entre filles africaines et garçons africains fait que quelquefois, il y a des clashes. En plus, il y a souvent un décalage d'âge qui va de 5 à plus de 10 ans, je trouve moi, et ça ne colle pas; à un moment donné, dès qu'il y a une grossesse, le gars il se barre. Et puis, des situations compliquées. Il y en a partout, dans toute communauté. Mais là je trouve que ...

Contraception

Pas de problèmes

VIH connu chez un membre de l'entourage

Non. Je n'en ai pas eu. Et puis il y a des demandes spontanées : puis vous ne pouvez pas me faire un petit bilan, je n'en ai jamais fait. Le gros truc, c'est je n'ai jamais fait de bilan. Comment voulez vous refuser à quelqu'un qui vous dise je n'ai jamais fait de bilan. D'accord vous n'avez jamais fait de bilan mais avez vous des raisons d'en faire? Et puis, vous voyez un gars qui a moins de 30 ans, moins de 40 ans, qui a des aventures sûrement, une sexualité je suppose et puis qui est demandeur. De toutes façons, vous commencez le truc, puis surtout VIH monsieur le docteur. Bon d'accord, vous avez compris. Alors vous ne savez pas pourquoi si c'est parce que c'est lui qui a fait une bêtise ou si c'est parce qu'il a peur d'avoir embrassé machin et il a appris que machin avait le VIH. Je n'en sais rien. On n'en sait rien ça. Malheureusement, il y a des non dits. L'importance du non dit, je pense que ça c'est tout un chapitre.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Oh oui, bien sûr. De toutes façons, ça rentre dans le cadre, on n'est pas pris de court. On le fait franchement parce que, d'abord il faut le faire. C'est une erreur de ne pas le faire. Premièrement. Deuxième chose, c'est très facile je trouve. On le fait, c'est inscrit, on ne va pas le barrer après. Je n'ai jamais eu le cas. Jamais. Moi je trouve c'est assez simple. Et puis de toutes façons, même s'il y avait un refus, je dis non, faites le. Comme vous êtes sûr, vous verrez, ce sera négatif. Puisque vous êtes quelqu'un de prudent et cetera. Mais on le fait quand même parce qu'on a toujours la réponse à ça. Et puis on leur dit ne vous inquiétez pas. Ce n'est pas parce que pour ci, pour ça.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Je n'ai pas le souvenir; non. Puis il y en a qui spontanément le demande. Il y a aussi des demandes spontanées. Des gens qui viennent pratiquement, ils nous racontent un petit truc, mais très vite au bout d'à peine 2 minutes, ils ne parlent plus du motif officiel : euh, le VIH et cetera, ils sont

tout de suite branchés dessus parce qu'ils ont du entendre que telle fille ... surtout chez les jeunes. C'est les jeunes; quelquefois ils n'ont pas grand chose, ils n'ont pas d'urétrites. Ils n'ont pas de gonorrhées. Il n'y a rien mais ils ne se sentent pas bien ils ont eu maille à partir avec telle ou telle, et puis il y a le copain qui dit méfie toi celle là ... bref ils sont là dedans.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Ecoutez non. Ça va être l'occasion d'apprendre.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Ah oui. Parce qu'ils avaient constaté que l'ignorance du statut sérologique était importante, donc on devait multiplier les dépistages.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Je cible. Mais d'un autre côté dans l'exercice de la médecine générale, vous ne pouvez pas dire : ah ben madame, j'aimerais bien voir tous vos garçons, tous les ans, c'est très difficile. Je vous dis on en revient à un ciblage individuel.

Moi à mon avis, c'est une recommandation, je ne savais pas qu'elle était libellé comme ça mais en fait, c'est toute la jeunesse. C'est toute la jeunesse actuelle qui a une liberté sexuelle terrible : abaissement de l'âge des premiers rapports, partenaires nombreux dans la même année et cetera. Peut être pas si nombreux mais plus nombreux qu'autrefois. On est face à ce problème. On n'est pas dupes.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Oui, plus les femmes, je trouve.

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Tout ce qui est gynécologique, les femmes se traitent beaucoup plus aisément. Il y a un accès facile par le biais de pathologies plus ou moins grave de prévention gynécologique. La moindre démangeaison, mycose et cetera, petite infection. Ça a beau être une mycose qui ne passe pas. Vous posez d'autres questions. Mais les femmes africaines se laissent examiner très facilement. Moi je trouve.

Il y a un changement de mentalité, les jeunes filles elles veulent des enfants 4 – 5 maximum voire moins, elles prennent la pilule. C'est tant mieux. Moi je trouve. Après on sort des considérations scientifiques. Mais au point de vue personnel, épanouissement. Planification naturelle. Est ce que c'est lié au fait qu'elles sont dans un pays occidental, sous d'autres conditions, qu'elles ont fait des études autres que leur maman, moi je pense. Mais de la part de leur mère qui voient leurs filles, bon il y a des lycées en Afrique, il y a une éducation en Afrique mais c'est quand même un peu différent malgré tout. Ce n'est pas planifié.

Finalemnt, je crois que je n'ai jamais vu de cancer du sein chez une africaine, en 37 ans. Avec les nombreuses grossesses, les allaitements prolongés et cetera. Je n'en ai pas vu. Par contre, j'ai vu le VIH, c'est une maman antillaise, une grand mère même. Ça a été dépisté à plus de 50 ans, entre 50 et 60, elle est repartie d'ailleurs, une martiniquaise. Ah oui, il y a des choses étonnantes, après c'est du cas par cas.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Oui.

Si oui, quel était le lien avec le patient ?

La cousine qui parle un peu mieux. Non (est ce spécifique au VIH?)

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Personnellement moi je n'ai aucun cas de VIH africain

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Oui, je les ai revus mais pas obligatoirement pour ça. Alors quelquefois, j'ai le résultat négatif parce que je le reçois du labo, un fax ou un truc, et le patient, je ne le revois pas. Quelquefois je le revois dans un délai non programmé, plus tard pour autre chose, et puis on en reparle. Et puis bon c'est vrai, je leur dis il faut faire attention.

Il y a un message en particulier, ceux qui viennent parce qu'ils n'ont jamais fait de bilan si vous voulez : puis le VIH, hein surtout. Je dis pourquoi, alors là ils me racontent un peu leurs exploits, leurs situations. Je dis ben écoutez, il serait peut être temps de faire attention. On y va du message.

Je ne sais pas, je n'ai pas de retour (une meilleure prévention après un test négatif).

Je pense qu'on insiste bien. A chaque fois, il y a une discussion qui n'est pas très longue. On leur dit : écoutez, faites attention, vous êtes jeunes. J'insiste sur le fait que je crois certains le font par crainte viscérale mais en minimisant malgré tout le truc, ils ne sont pas sûrs que ce soit si grave que ça. La preuve, leur comportement est quand même pas toujours raisonnable, je leur dis : écoutez vous êtes jeunes, ne faites pas de bêtises, vous avez le droit d'avoir une sexualité comme vous le désirez mais protéger vous au moins. Je dis carrément, ne faites pas l'imbécile, ne faites pas l'idiot. Ecoutez ce qu'on vous dit. N'oubliez jamais ça. Alors encore plus avec les filles. Les filles c'est différent, elles sont quand même dans la tradition, la virginité. Les problèmes de sexualité un peu débridé chez les migrants, c'est quand même des gens particuliers, qui aiment bien la fête, qui aiment bien s'amuser et cetera.

Toutes celles là, elles vont à l'école. Il y a quand même des messages qui sont délivrés ailleurs que dans un cabinet de médecine générale. Après il y a une répétition des messages. Après le problème c'est les informations déformées, parasitées par d'autres choses. Ça c'est ça qui est terrible.

V - quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Sur le plan réglementaire, instituer une sérologie systématique, par exemple, on peut définir un âge. On peut mieux définir, parce que le faire une fois dans sa vie, si vous le faites à 70 ans, vous avez eu le temps de faire des malheureux autour de vous. Le faire une fois dans sa vie quand même à ce moment là, mais plus tôt. On a bien institué le Gardasil à partir de 14 ans. Parce qu'il y a la transmission manuelle. Pour le Gardasil, il n'y a pas que la transmission purement sexuelle. Je ne sais pas, faire une sérologie à 16 ans. Sur un plan réglementaire; après contraception systématique, grossesse systématique. Ce que je vous dis moi, par rapport à ce que j'ai toujours fait. Tout retour de vacances ou de voyages à droite, à gauche, préconisé.

Oui pour tout (la nécessité d'obtenir l'accord du patient avant une sérologie VIH). Quand vous donnez l'ordonnance, vous me rapporterez les résultats quand vous les aurez fait, quelquefois vous ne les revoyez pas.

On se heurte à ça. Vous ne faites pas les prises de sang vous même. Quand les gars vont au centre de dépistage, vous sortez la seringue dans les 5 minutes.

Nous on donne une simple ordonnance, il n'y a aucune garantie. C'est ça le problème. Donc peut être le faire, par exemple à l'obligation d'avoir un test dans la vie, de faire un seuil, 16 ans ou 18 ans par exemple. Et puis, ne pas le faire chez le généraliste. Si vraiment on veut éradiquer tout ça, le faire dans des centres de dépistage obligatoire. Parce que chez nous, on n'est pas certains d'avoir le retour. Ou alors soit à l'IRSA, les centres de santé régionaux, ce sont des bilans de santé gratuitement par la sécurité sociale. Eux ils les font gratuitement. Souvent ça fait doublon avec ce que nous on fait. En plus c'est la sécurité sociale qui envoie. Si on veut augmenter le recrutement, c'est de le faire dans des centres où les gens viennent et ils ne repartent pas sans qu'il y ait eu l'examen. Parce que nous on

les voit dans un contexte particulier. Ils ont des raisons médicales. Autre fois l'avantage, ils ne pouvaient pas aller à la mairie pour faire la déclaration du mariage sans papiers. Là c'était formidable, on avait au moins une fois ... Evidemment 8 jours après, ils pouvaient faire des conneries. On pouvait dater et dire tiens vous avez attrapé le SIDA entre telle date et telle date.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Au fur et à mesure. Au gré des articles depuis le début. Et puis dans des réunions. Carrément des séminaires. On a suivi l'évolution progressivement. J'avoue que maintenant il y a moins d'actualités médicales là dessus. On a l'impression que maintenant les filières sont bien installées. Non, je ne pense pas (l'existence d'une rupture entre la médecine générale et l'hôpital). En fait j'en ai eu 2; une dame, elle est repartie aux Antilles là bas et puis un jeune, il y a plus de 15 ans qui est décédé d'ailleurs, c'était un homosexuel. Et puis, un autre que j'ai connu qu'une fois ou deux. Il vivait entre Paris et il venait chez sa sœur régulièrement et je l'avais vu dans ces cas là. Donc mon expérience est limitée. Mais c'est vrai qu'on a l'impression de suivre ça d'assez loin. Nous on est finalement les témoins des portes d'entrée du virus, toutes les situations qu'on voit chez n'importe quelle communauté d'ailleurs. Mais franchement on saute sur l'occasion même un truc dans la bouche, n'importe, une mycose bizarre, un truc atypique cutané.

Toutes les situations atypiques où l'immuno déficience peut être suspectée.

ENTRETIEN M12

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Tout nouveau arrivant en France, originaire d'Afrique noire ou du Maghreb.

Pour moi, un migrant c'est un nouvel arrivant. En général dans les 2 ans qui précèdent.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France.

Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oui. Oui, quand même. Parce que la première fois que je les vois, en fin de compte, je leur demande de quel pays d'origine, ils viennent; s'ils sont d'Afrique noire, du Togo, du Burkina et tout ça, de quelle région un petit peu, et puis pour les maghrébins, si c'est Maroc, Algérie, Tunisie; Il y a quelque temps, j'avais des libyens et puis on quelques égyptiens aussi. Non, non, je demandes.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Alors, en fin de compte, pas vraiment.

Pourquoi ?

Je vais vous dire pas vraiment, parce qu'on ne le fait pas systématiquement. On le propose au cours d'un bilan. Mais comme souvent, ils viennent très rarement la 1ère fois pour faire un bilan. En fin de compte, ce n'est pas systématique.

Je sais que c'est très important (la prévalence du VIH en Afrique), surtout en Afrique noire. Mais le pourcentage, je ne saurais pas. Je sais que c'est très important en Afrique noire en Afrique du Sud aussi.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non, non. Parce qu'honnêtement, les gens avec HIV souvent ils nous échappent, ils sont suivis par le CHU. Le plus souvent je ne sais pas comment, parfois des dépistages. Je vous dis j'ai au moins un couple de migrants, qui sont traités, mais que je ne vois pas. Je vois de temps en temps leur gamin mais eux, je ne les vois pas. Ils sont suivis régulièrement par le CHU. On ne les voit pas.

Oui, c'est ça (vous n'avez jamais eu de dépistage positif vous même). Parce qu'en fin de compte, je ne me souviens pas d'avoir eu l'annonce à faire de quelqu'un avec un VIH positif. Non, non, non alors que on se dit que ça ... J'ai plus de cancer que d'HIV.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Je ne sais pas comment.

Il faudrait à ce moment là que je propose à chaque fois qu'il y a un migrant qui vient, il faudrait que je lui propose un bilan. Réalisable? S'ils viennent et qu'ils ont une entorse de cheville ou un truc comme ça, ça ne va pas être très réalisable. Je pense qu'il faut qu'on arrive à leur faire adapter.

S'ils ont un truc fébrile, on peut leur faire comprendre que bon, on va faire une NFS, une CRP et puis, un petit bilan infectieux. Et là, ça passe; mais je vous dis sur un problème de traumatisme, je vois pas mal de jeunes qui font du sport, donc là honnêtement, je ne pourrais pas placer une prise de sang.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Je le fais donc essentiellement chez les femmes enceintes et puis je les fais beaucoup plus sur des demandes de jeunes. Les jeunes, ils viennent; ils viennent de se mettre en couple avec un nouveau compagnon ou vice versa, et ils viennent chacun pour avoir leur test VIH. Chez les jeunes, c'est ça maintenant. C'est surtout comme ça.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Personnelles, non. Mais je vous dis, comme ce n'est pas une pathologie que je suis amené à traiter. Je ne sais pas combien j'ai de VIH, je ne sais plus si j'ai 4 ou 5 personnes. Et ce sont des gens qu'en fin de compte, je n'ai pas l'impression de suivre. C'est des gens que j'ai vu, que j'ai connu mais honnêtement, je n'ai pas l'impression de les avoir suivi parce qu'ils sont suivis par le CHU.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont elles ?

Non, ce n'est pas un sujet comme un autre. Certains, oui. J'ai quelques familles sénégalaises où, en fin de compte, ça a été beaucoup plus facile d'en parler avec les femmes qu'avec les hommes.

Parce que ces familles là sont en fait, un petit peu soupçonneuses de la médecine européenne. Ce sont des personnes qui vont encore voir le guérisseur. Mais ce qui m'a étonné, c'est beaucoup plus les hommes que les femmes. Les femmes, elles ont leur gamins, elles savent quand il est malade elles viennent nous l'amener. Alors que les hommes parfois ils ont mal au dos, parfois au niveau moral ça ne va pas; et ils vont, on leur propose des traitements, mais non, ça ne leur plaît pas et ils vont voir le guérisseur.

C'est des facteurs culturels et j'ai même un patient qui est retourné au Sénégal pour voir un guérisseur particulier de là bas. Je pense qu'il a plus un problème psy mais il ne veut pas, il focalise

sur son dos mais il ne veut pas l'admettre. Mais bon ça, il faut respecter un petit peu leurs choix.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Là, c'est facile. On va parler d'un dépistage de l'hépatite C, et puis après on va englober le VIH là dedans.

Patient homosexuel

Honnêtement, je n'ai pas eu d'homosexuel migrant. J'ai eu des homosexuels européens où je leur ai parlé du HIV. Puis les homos, ils savent bien. Ils sont très au courant de ça et même ils sont quand même assez demandeurs. Ils savent que pour eux c'est une sorte d'épée de Damoclès. Je vous dis, je n'ai pas d'homosexuels migrants.

Projet de mariage

Là, c'est facile à proposer.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Non. Là, non.

Pour certains, oui (il y a une prise de risque). Puisque je vous dis, le fameux monsieur qui est parti au Sénégal, il est parti 2 mois, il a laissé femmes et enfant ici, et il y a des risques. Mais là, non, je n'ai pas demandé.

Grossesse

Systématique.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Non. Tout simplement parce que dans une interruption de grossesse, c'est toujours en catastrophe qu'on les voit, c'est un tableau catastrophe.

Elles savent qu'elles sont enceintes, elles ne veulent pas le garder; donc on fait souvent un dosage de B-HCG, on fait leur groupe sanguin, et puis on fait une échographie de datation et puis on fait une lettre; et on les voit parfois qu'une seule fois et après elles vont au centre ou pas.

Tout simplement aussi parce que je fais pas les protocoles médicamenteux. Tout simplement parce qu'honnêtement, ça me cassait un petit peu les pieds dans le sens où c'est toujours une notion d'urgence.

Mais j'en voie, j'en envoie mais ce sont des jeunes que je suis. Mais alors je me dis que si je fais les protocoles médicamenteux, je vais avoir les jeunes d'autre médecins. Mais c'est toujours comme ça. L'IVG, c'est toujours dans l'urgence.

Contraception

Pas systématiquement. Je dirais 1 fois sur 3. mais en fin de compte, c'est avec la jeune fille ou la femme, quand on parle. Quand je leur demande si elles ont eu plusieurs copains, là oui ça passe.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Ça oui.

Alors moi, c'est pas comme ça que ça s'est passé. Les gens sont venus en disant : je sais qu'un tel a le VIH, on veut le faire, je le fais. Ça s'est passé comme ça. Ça n'a pas été de ma part.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste

Je n'en ai pas.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Là oui, on fait des bilans.

Honnêtement les tuberculoses, j'en vois pas beaucoup. Les seules qu'on voit actuellement, c'est parfois chez la personne âgée, mais c'est plus des tuberculoses ganglionnaires. C'est lors d'une biopsie de ganglion. Et puis, les traitements antituberculeux que j'ai, ce sont des gens qui ont des spondylarthrites ankylosantes et qui vont être traités par anti TNF alpha. Maintenant

systématiquement, ils les mettent 3, 4 mois sous antituberculeux. Mais j'ai pas de tuberculose. Si, si, je dis des bêtises. J'en ai eu. Je dis des bêtises, j'ai eu une tuberculose. C'était une migrante. Elle avait l'AME, l'aide médicale et elle devait passer une radio, je ne sais pas dans quel contexte. Ils lui ont découvert une tuberculose et donc du coup, toute la famille a été traitée et puis là du coup, tout le monde a eu son test HIV.

En général pour les MST, je fais

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

C'est arrivé, oui. Ça arrive, oui.

Non, il n'y a pas beaucoup de refus. Ce n'est pas rare. Je dirais entre 10 à 15%.

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

En disant que ça ne les concerne pas, qu'il n'y a pas de problème. En général, c'est ça. C'est plus le problème des autres. Mais comme beaucoup de maladies. C'est toujours les autres.

Parfois c'est arrivé que le fait d'en parler, au bout de 2 ou 3 visites ou consultations après, là ils me disent ben oui pourquoi, on pourrait le faire. Mais quand ça bloque, il faut expliquer et après comme c'est un test où un il faut les prévenir, et deux leur laisser le choix, je pense qu'à un moment, on ne peut pas aller au delà de leur volonté.

Devant un refus du dépistage, remettez vous en question votre façon de procéder ?

Pas trop, non. Pas trop, je me dis parce que tout simplement je vous dis, je ne vois pas de SIDA. C'est ça.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Oui. Au moins une fois, ça je me souviens. Oui, oui, je me souviens. C'est ça. Je me souviens de ça. J'avais la notion jusqu'à 70 ans. Je me souvenais de ce dépistage général parce que ça avait fait parler à l'époque.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Ce n'est pas toujours si facile à appliquer. Moi j'ai eu des gens qui avaient toujours le même partenaire qui, un jour, m'ont dit, on veut faire un test du VIH. Ils avaient 55 ans. J'ai dit OK, pas de problème. Parce qu'ils avaient justement entendu ce type d'informations et ils se sont dit bon, au moins une fois dans notre vie, il faut.

Ce n'est pas toujours facile (avoir connaissance du comportement sexuel à risque). Il y en a qui l'aborde facilement, il y en a d'autres qui ne l'abordent pas du tout. Il y en a parfois, c'est la conjointe ou l'épouse qui me dit je suis sur qu'il va là bas. Ça se passe comme ça. c'est souvent plus détourné que direct. Oui, quand j'ai cette notion (je fais le dépistage).

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Tout à fait.

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Il y a plus de dépistage chez les femmes dans le sens où dès qu'elles sont enceintes, elles ont un dépistage systématique. Pour la grossesse, on le fait systématiquement.

La pilule. On arrive plus facilement à les suivre que les hommes. Je vous dis les migrants que j'ai où je pourrais faire des tests HIV ce sont des gens qui font des sports de combat. Chez les hommes, là je pourrais et ça m'arrive d'en faire dans ce sens où dans la boxe à un moment il l'avait conseillé et ils y en a qui pratiquent le karaté shudokan où ils vont jusqu'au KO et tout ça.

Et là du moins il y a un entraîneur du coin qui me dit demandez leur à chaque fois tous les tests. Mais je vous dis chez les footeux, les trucs comme ça, nous on ne fait pas.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non, jamais.

Pas pour le VIH. J'ai eu des migrants qui sont venus, qui m'avaient été envoyé à l'époque par une avocate. Ils ne parlaient qu'Anglais. Donc c'étaient des gens qui avaient subi des agressions, mais à coups de matchettes et tout ça. Donc c'était pour faire un bilan et je pense qu'après c'était pour aller plus loin, elle l'avocate, au niveau des plaintes. Ils m'ont raconté leur histoire et puis moi j'ai marqué en français ce que moi je retrouvais au niveau clinique. Il n'y a que comme ça.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Je n'ai jamais eu de dépistage positif.

Non on ne les voit pas régulièrement (les patients séropositifs). On les voit mais vraiment en catastrophe une fois comme ça. C'est une fois tous les 3 à 4 ans. Ils sont vraiment pris en charge par l'hôpital. Comme il leur faut un médecin référent, j'apparais régulièrement sur le listing des médecins traitants, des médecins désignés mais ce n'est pas pour ça que je les voie plus.

Ils sont vus au CHU. Je reçois régulièrement parce que c'est bien fait le compte rendu du CHU. C'est un des services où on reçoit régulièrement alors qu'il y a d'autres services où on fait hospitaliser les gens on n'arrive jamais à avoir le compte rendu mais là non. Ce service là, on reçoit régulièrement.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Non.

En général, ils sont satisfaits. En général c'est ça. Et puis, presque tous me disent : ben je le savais.

Ça permet d'aborder un petit peu la prévention et tout ça. Ça c'est plus facile.

Je ne sais pas (sur l'éviction des comportements à risque). Là dessus, je ne pourrais pas vous répondre.

IV- Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Après s'ils ont un examen obligatoire, je vous dis, comme la radio pulmonaire, est ce que ce n'est pas nécessaire d'inclure l'HIV aussi.

Parce que bon, honnêtement, moi je n'ai pas eu mais j'ai des confrères, qui ne sont pas très loin, qui ont eu des tuberculoses chez des migrants mais c'était des tchéchènes et donc après ça a flambé. Il y a eu une petite épidémie.

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Je vous dis la particularité, moi c'est surtout chez des sénégalais que j'ai vu ça, je vous dis cette confiance vis à vis du guérisseur, du marabout. C'était surtout les hommes mais quelques femmes aussi. Mais c'est bizarre c'était plus chez les sénégalais. Parce que j'ai des gens du Congo, du Mali et chez eux je n'ai pas retrouvé ça.

Je vous dis, chez eux, chez les sénégalais, tout ce qui est du domaine psy, ça passe par le guérisseur. J'ai eu le cas d'une famille où l'aîné est en fin de compte schizo. Il a fallu un moment avant qu'ils adhèrent au traitement, aux neuroleptiques et tout ça. Donc le jeune avait été envoyé là bas. La bas, au bout d'un moment, plus personne n'en voulait. Il est revenu ici. Ici, il ne sortait pas, il ne se lavait pas. Au fur et à mesure, il s'enfermait. On l'a fait interner d'office. Il est sorti il était bien.

*C'était un gars qui avait fait un BTS, donc qui était intégré. Et puis, je vous dis, il avait eu du travail. Il avait dérivé. Il a fait ça 2, 3 fois. Et puis bon, maintenant il adhère. Il prend son traitement régulièrement. A un moment, je pense qu'il m'en voulait un petit peu parce qu'à chaque fois que j'intervenais, c'était pour l'envoyer d'office au CHSR (en secteur psychiatrique). Et puis, il est parti sur Paris. Sur Paris, il était pris en charge dans la famille. Parce qu'il faut dire, honnêtement, chez les migrants, les familles, c'est très important. Il y a une entraide incroyable. Et je vois même quand il y a un décès ou quoi, il y a vraiment une très très grosse entraide qui est en train de se perdre chez les européens. Et donc là bas il a re déconné une fois, il a été hospitalisé, il est revenu ici. Et maintenant, quand je le vois, il adhère au traitement. Mais je vous dis ce sont des sénégalais
Je ne sais pas justement parce que je vous dis, là, j'ai un couple, les deux sont VIH positifs, mais lui a un frère, une belle sœur (le dépistage dans l'entourage). Honnêtement je ne sais pas si la question a été abordée.*

VII- Comment vous êtes vous formé au VIH ?

En gros, par les bouquins. Surtout par les lectures, les bouquins. C'est surtout comme ça. Et puis je fais partie d'un groupe de FMC, on a convié plusieurs fois des spécialistes.

ENTRETIEN M13

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Beaucoup. Déjà pour plusieurs raisons : proximité d'un foyer d'accueil de personnes migrantes, foyer ADOMA. Deuxièmement parce que je participe à la consultation d'accès aux soins de l'hôpital de Vernon où là effectivement on accueille les personnes de toutes origines mais en particulier des patients migrants d'Afrique subsaharienne, donc effectivement se pose souvent la question du dépistage HIV. Et puis en plus, c'est vrai peut être parce que j'arrive à témoigner d'une certaine chaleur d'accueil, c'est vrai que l'infirmière de l'accès aux soins quand ils sont à la recherche d'un médecin traitant souvent les renvoie vers moi. Ce qui fait donc qu'effectivement je prends en charge beaucoup de patients migrants.

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Ce sont des personnes qui arrivent à la recherche d'une ..., qui cherchent à se sédentariser en France pour diverses raisons d'ailleurs parce qu'il y a des migrants qui viennent surtout les migrants d'Afrique de l'Ouest qui viennent en alléguant des problèmes politiques, je pense à tous ces patients qui viennent surtout de la république démocratique du Congo; je ne connais pas tellement l'histoire locale, je la connais un petit peu mais de façon très superficielle. Beaucoup de patients qui viennent avec un passé souvent lourd. Effectivement le terme migrant puisqu'il y a une notion de mouvement dans la migration, ce sont des gens qui cherchent plutôt à s'arrêter et non pas à traverser. C'est vrai que pour les patients migrants depuis le Maghreb, effectivement le contexte est un petit peu différent. Beaucoup ont déjà des familles dans la région, donc c'est plutôt des notions de regroupement familial ou des mariages. Beaucoup de nos patients surtout les hommes, il y a des mariages un petit peu arrangés entre guillemets où effectivement l'homme va chercher sa femme dans un des pays du Maghreb. Donner une définition c'est tellement quelque chose de vaste comme notion, c'est pas très clair. C'est vrai qu'autrefois on employait ce terme qui est devenu tellement politiquement incorrect d'immigrant, et pourtant ça voulait bien dire aussi que c'est des gens qui arrivaient de l'extérieur, qui venaient vers l'intérieur, parce que finalement dans le migrant il y a quand même une notion de mouvement donc quelqu'un qui est là mais pour aller ailleurs.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Déjà effectivement, en général par la langue les expressions. Il y a une très forte communauté malienne ici sur Vernon. Donc quand j'entends tous ces jeunes qu'on peut avoir au téléphone, on serait incapable de deviner quelles est leur origine nationale. Déjà il y a quand même la barrière de la langue, des expressions et cetera, dans le comportement, dans l'habillement. Après ça, savoir leur ancienneté, non c'est difficile.

Mais malgré tout je repense à une de mes patientes, je crois qu'elle est originaire du Congo, une jeune femme que j'ai vu arriver il y a de cela 4 ans. Je me souviendrais toujours d'elle, toute timide, toute empruntée, ne sachant pas parler; et puis quand je la vois maintenant, s'habillant, parlant avec aisance, on sent quelle a fait son chemin, son trou, des relations. Donc effectivement, le migrant récent, on le ressent quand même, souvent dans cet état, puis l'état d'inquiétude aussi. Ce sont souvent des gens très très anxieux parce que il y a l'attente de l'avis de l'OFPPA, des choses comme ça qui les mettent souvent dans un grand état d'angoisse et le jour où ils ont leur autorisation de séjour, on sent une telle libération. Le langage, l'habillement, le comportement, les problèmes, l'anxiété et cetera qui caractérisent un peu à mon sens le nouveau migrant

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Totalement.

Pourquoi ?

Ça pose énormément de questions. Il y a le VIH et il y a l'hépatite B. c'est en général, les 2 dépistages. Ce qui est d'ailleurs assez complexe parce qu'il faut le proposer bien évidemment, alors là aussi comment proposer un dépistage à une personne qui ne maîtrise pas la langue.

Tout en sachant en plus le poids que ça représente pour une personne d'origine africaine, le poids que représente le VIH. Ça je l'ai perçu à travers une de mes patientes qui est une ancienne migrante, on peut dire. Elle s'est mariée avec 1 français et cetera, dont elle a divorcé mais qui est porteuse du VIH et qui est dans l'impossibilité d'en parler autour d'elle. Parce qu'elle m'a bien expliqué que c'est une mort sociale, je ne sais pas si c'est vrai pour toutes les origines africaines et je ne sais plus d'où elle vient Sénégal ou Côte d'Ivoire. Le diagnostic VIH c'est une mort sociale. Un entourage amical se dissout instantanément. Donc il y a cette difficulté là parce qu'on sait que ce diagnostic peut ... on ne le fait pas, malheureusement on a une évolution vers une maladie et une mort certaine; on le fait et c'est tout un poids social. Je pense que c'est beaucoup plus lourd d'annoncer le diagnostic à une personne d'origine africaine qu'à une personne d'origine européenne parce qu'il n'y aura pas du tout le même retentissement. Déjà cette proposition de diagnostic est quand même lourde. Le dépistage, je ne le fais que très rarement ici en consultation dans mon cabinet. C'est toujours à l'accès aux soins. C'est un peu dans le bilan tout venant qu'on leur propose d'emblée ou effectivement on propose le dépistage VIH. De toutes façons, le dépistage VIH, moi j'avais appris ça, je pense que c'est toujours vrai, il y a une obligation d'information du patient, on ne peut pas le faire à l'insu du patient, bien évidemment. On sait que malheureusement les pays d'Afrique payent un très lourd tribut à l'infection VIH comme à l'infection hépatite B. on découvre beaucoup plus d'infection par le virus de l'hépatite B que par le virus VIH.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les

femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»
S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non, pas du tout. (Connaissez vous ces données ?). Je le découvre. C'est assez phénoménal quand même et ça doit nous inciter encore plus à la vigilance.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Pas tellement de façon systématique. Mais c'est un peu faussé dans la mesure où la plupart des patients que j'ai vu quelque soit leur origine, africaine ou d'Europe de l'est, même si on a quand même beaucoup de patient aussi qui arrivent d'Europe de l'est actuellement, et effectivement la plupart n'est pas arrivé à Vernon en premier abord.

Ils ont été pris en charge déjà par des structures d'accueil en général soit sur Paris, Evreux, Rouen. En général ils ont déjà un passé de plusieurs mois et donc quand ils arrivent directement, les quelques uns qui arrivent directement sur Vernon parce qu'ils ont la famille, des amis et cetera, là aussi, ils sont au niveau de l'accès aux soins (le PASS à l'hôpital).

J'ai eu 2 patient positifs dont il s'est avéré finalement qu'ils n'étaient pas porteurs. Des faux positifs avec toute l'angoisse que cela a véhiculé. Un patient, c'était un homme très cultivé d'ailleurs qui vivait à moitié sur le Congo, à moitié sur la France, avec un niveau d'études très élevé et qui était retourné vivre assez longtemps au Congo et qui est revenu. Il ne sentait pas très bien, il se sentait fatigué. Chez lui, j'ai proposé ce test de dépistage avec cette positivité. Et d'ailleurs ça a été très particulier parce que lui l'a vécu comme un sort. Et il ne comprenait pas d'ailleurs. Les bilans ont finalement montré qu'il n'était pas porteur, on est allé assez loin quand même avant de pouvoir le dire, et en fait, il avait une tuberculose.

Le 2^e cas, je me demande si je ne l'ai pas vu avec les résultats du dépistage fait à l'accès aux soins (le PASS de l'hôpital). J'ai cru à un moment qu'il allait se suicider, avec une angoisse, il en transpirait devant moi d'angoisse, c'était vraiment terrible. Jusqu'à ce que le virologue puisse affirmer que ce n'était pas un VIH.

II - Chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb.

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Je sais que je le fais chez les femmes enceintes. Après ça dans la population tout venant, c'est vrai que ce n'est pas vraiment évident.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Pas spécialement non.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ? Quelles sont elles ?

Les patients migrants, c'est toujours assez réducteur parce que la plupart l'a déjà fait. Là où ça se pose de façon très aigu, c'est chez les femmes enceintes migrantes. Là on repose la question du dépistage VIH. C'est d'autant plus complexe qu'il y a cette barrière linguistique qui fait que c'est difficile d'expliquer comme on le fait habituellement, ce que signifie un test positif.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Non, je ne le fais pas. C'est vrai qu'il y a un peu une peur de ce côté là. Je pense à des patients maliens qui sont restés longtemps lorsqu'il y a eu la guerre et qui sont rentrés il y a quelques mois. C'est difficile parce que je ne sais pas ce que représente l'infidélité dans ce cas là mais oui il y a un sujet un petit peu sensible effectivement. Il faudrait pouvoir leur proposer un dépistage. Ça veut dire forcément est ce que là bas vous avez eu des rapports sexuels.

Grossesse

Je le propose en tout cas systématiquement

Contraception

Oui, pourquoi pas. C'est vrai que je ne le fais pas non plus systématiquement. Mais là ce n'est pas spécifique aux migrants.

C'est vrai qu'on s'est un petit peu endormi sur le dépistage. Parce que finalement à force d'avoir des tests tout le temps négatifs, peut être que je suis un peu plus laxiste là dessus.

Sauf vraiment lorsqu'il y a un questionnement. Là, je suis désolé, je suis obligé d'étendre à l'ensemble de mes patients. Quand il y a un questionnement par rapport à une prise de risque, il est évident que ... alors est ce que les femmes d'origine européenne sont plus sensibles à ça ou plus en demande que les femmes d'origine africaine, je pense aux femmes par exemple par rapport à la demande de contraception ou à la prise de risque, c'est quand même souvent les femmes qui sont en demande j'ai eu un rapport non protégé, faites moi faire un bilan d'IST. C'est effectivement un discours qu'on entend moins fréquemment du côté des femmes migrantes.

J'ai plusieurs patients séropositifs. Ils ne sont pas tous migrants. J'ai un patient porteur du VIH qui est un homme européen, sinon tous les autres sont des patients d'origine africaine. En plus du fait que je suis là depuis pas très longtemps. Ce sont des gens qui sont arrivés avec la prise en charge déjà faite.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Là, on retombe dans la proposition du dépistage. Pour l'instant ça ne m'est jamais arrivé. Sauf je pense à une de mes patientes enceinte. Mais elle est d'origine maghrébine et née en France.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non, je ne connais pas ces recommandations.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne »

Que vous inspirent ces recommandations ?

On a eu cette même recommandation par rapport au virus de l'hépatite C aussi.

Pourquoi pas? C'est très bien que vous en parliez. C'est vrai que ça fait toujours un petit peu peur parce qu'on travaille déjà tellement qu'on sent tout d'un coup le poids de la charge qui en incombe. Parce que c'est vrai que c'est tout sauf des consultations faciles. C'est pas comme un dépistage de diabète.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

En tout cas, ce qui est certain moi j'ai le sentiment qu'il y a plus de femmes porteuses du VIH en tout cas parmi mes patients.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non, jamais.

A l'accès aux soins, oui, ça c'est évident. Je pense à l'accès aux soins, j'ai plus souvent été à rendre des résultats qu'à proposer des tests, que ce soit vraiment des gens qui arrivent pour la toute première fois. C'est arrivé quelquefois. A l'accès aux soins, on a énormément maintenant de gens qui arrivent des pays de l'est, de Turquie.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

D'un point de vue émotionnel, je n'ai pas trop de souvenirs par rapport à ça.

La première réaction c'est l'orientation vers une consultation dédiée. De toutes façons ce sont des consultations qu'on redoute parce que ça prend tellement de temps. C'est tellement chargé. Je n'ai pas de souvenirs particuliers. Ça ne m'a pas plus dérouté que l'annonce d'un cancer.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Là je vais me reporter sur la consultation d'accès aux soins parce qu'on mêle en même temps consultation de CDAG. C'est des consultations qui me passionnent où pendant un quart d'heure on ne parle que de ça. Où on peut ne parler que des modes de transmission, que de l'impact sur la sexualité et cetera et ça c'est vraiment passionnant. C'est vrai quand quelqu'un vient en CDAG, on a la porte ouverte pour parler de tout. On peut vraiment aborder les problèmes de la sexualité. Je trouve qu'au cabinet, c'est quand même très différent parce que ce n'est pas du tout la même chose, c'est plus difficile d'aborder des problèmes de ce type là avec des patients dont on soigne toute la famille et cetera, qu'on connaît, dont on est le médecin de famille qu'avec des patients justement qui viennent avec un statut d'anonymat et là vraiment je me sens libre de les interroger sur leur pratiques et où les gens se sentent libres aussi de raconter.

En CDAG, il y a un questionnaire qu'ils remplissent en salle d'attente. Ils viennent nous voir. On regarde par rapport au questionnaire quelle est leur inquiétude, rupture de préservatifs, comportement à risque, donc on décide du bilan. Il y a bien sûr le HIV puis d'autres IST. Le prélèvement est fait et d'emblée on leur remet un carton avec un rendez vous fixé pour le retour des résultats qui est souvent à 15 jours, en général. A ce moment ce n'est pas le même médecin qui va les accueillir mais ils ont le rendez vous fixé d'emblée avec un médecin où il y a le rendu des résultats. Je trouve ça aussi très intéressant. On analyse les résultats ensemble, déjà les rassurer. Avec le premier mot, souvent je leur dis que le test HIV est négatif. Donc je n'ai jamais eu d'ailleurs de retour positif de test HIV dans ces conditions là.

IV- Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Ce serait tout un travail à faire autour de la compréhension de la maladie. Il se disait encore il n'y a pas longtemps que ce n'était pas une transmission sexuelle. Compréhension de la maladie, des modes de transmission, des modes de traitement. Donc forcément par des campagnes d'information qui toucheraient plus spécifiquement ce type de patient.

Je pense que ce n'est pas possible de faire le dépistage du VIH sans avoir l'accord du patient.

Je me suis trouvé 1 fois, mais là ce n'était pas un patient migrant, au tout début de l'infection, j'étais jeune installé avec 1 patient comme ça. J'avais le sentiment qu'il avait un comportement sexuel à risque, il n'était pas bien, fatigué, très très anxieux. Ce jour là, j'ai prescrit tout un bilan et j'ai inclus dedans la sérologie VIH sans lui en parler. Et ce patient, je ne l'ai jamais revu. Je me suis beaucoup beaucoup interrogé là dessus, si ça se trouve il était peut être porteur, il s'est peut être suicidé. Ça m'a complètement bouleversé.

À l'époque j'ai fait une formation avec AIDES justement sur le dépistage du VIH, l'annonce du diagnostic et cetera. Je me suis rendu compte que c'était la chose qu'on ne pouvait pas faire vis à vis d'une maladie qu'on ne pouvait pas guérir. Donc ça me paraît impossible

Mais ça se fait. Je peux parler d'ailleurs d'un point de vue purement personnel. J'ai eu à subir une petite intervention chirurgicale il y a de ça 3 ans. J'avais d'ailleurs apporté à l'anesthésiste tout mon bilan que je m'étais fait faire moi même, un HIV et cetera. La veille de l'opération, l'anesthésiste revient me voir dans ma chambre, me fait faire un prélèvement sans que je sache du tout ce qu'il y avait et dedans il m'avait redemandé un HIV, il avait demandé exactement ce que j'avais demandé moi. J'ai trouvé ça très désagréable de se faire prélever comme ça sans que le gars est vraiment expliqué quoi que ce soit.

Tout ça fait que je pense que c'est vraiment impossible de faire ce type de dépistage sans en annoncer la signification à un patient. Qu'est ce qu'on fait avec un test positif en disant j'ai oublié de vous dire j'ai fait faire une sérologie, vous êtes malheureusement positif.

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

D'un point de vue sanitaire, nous, notre préoccupation énorme, c'est la tuberculose et l'hépatite B. c'est quand même encore plus prégnant peut être.

C'est toujours aussi la grosse problématique c'est les vaccins. Je sais qu'il y a quelque médecins qui sont bien au courant de ça. Savoir ce que les gens ont pu avoir comme vaccins chez eux, il faudrait presque qu'on ait pays par pays les programmes vaccinaux. Savoir qu'au Mali, les enfants ont tous le BCG, ils ont tous le vaccin anti tétanique et cetera. Ça nous simplifierait un petit peu la tâche parce que les patients en général n'ont pas de carnet de santé, ne savent pas du tout ce qu'ils ont pu avoir comme vaccinations.

Ce serait vraiment très intéressant qu'on ait des fiches sanitaires. Mais je sais que dans les consultations de vaccinations, ils sont au courant en général de ce qui se fait.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

C'était le tout début pendant mes études. J'ai fait ma thèse en 1986.

Si je peux raconter un souvenir personnel, c'était en 1984, j'ai attrapé une urétrite à Chlamydiae. Je me souviens j'avais consulté à Mondor en dermatologie vénéréologie et je me souviendrais toujours de cette femme me disant : il y a une maladie qui vient d'arriver, on ne la connaît pas trop, si vous avez un souci, si vous êtes fatigué aller consulter à tel endroit. Elle m'avait donné une adresse à Paris. En fait, c'était les premiers cas de VIH, premières rumeurs concernant le VIH qui arrivait. Donc là j'étais en toute fin de cursus.

J'ai fait une formation par AIDES (l'association) sur le VIH.

ENTRETIEN M14

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Toute personne qui vient de ces pays là, qui est immigrée en France ou qui repart régulièrement. Surtout ce qui nous intéresse c'est quand il reparte régulièrement ce qu'ils font tous d'ailleurs. Ils ont toujours un contact avec le pays puisque souvent une partie de ce qu'ils gagnent en France repart là bas, souvent ils vont voir un peu comment ça se passe et c'est justement, à ce moment là, qu'on a parfois des maladies d'importation

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Bon en général, oui, c'est en fonction de l'âge. Ceux qui sont âgés qui ont plus de 60 ans et qui sont en France depuis 20 ans 30 ans, ceux là ce sont de vrais migrants. Et puis après, on voit bien. Ceux qui sont nés en France souvent ont la nationalité française. Pour moi, ce ne sont plus des migrants. Même si parfois ils retournent, comme ils disent, au pays souvent au moment de la puberté quand il faut les marier pour certains. Ce qui pose parfois problème. On s'en doute bien. Ils n'ont jamais été là bas. Ils ont 12-14 ans et au bout d'un moment ils repartent.

D'ailleurs on voit bien. A ce moment là, on a des pathologies un peu bizarres qui apparaissent, des troubles bizarres, des maux de tête et on se doute bien que c'est contre leur volonté qu'ils repartent forcément. Par contre, j'ai des familles où les enfants sont partis régulièrement depuis

leur tendre jeunesse. Donc il n'y a pas trop de soucis. Ceux là ils n'ont pas de problèmes. Quand ils ne sont jamais allés, je parle des enfants, et qu'ils repartent, il y en a où on sent bien qu'il y a un souci.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb ?

On essaye, oui. Quand ils veulent nous le faire.

Pourquoi ?

Quand ils reviennent avec des histoires bizarres, des fièvres inexplicables, des ganglions inexplicables, voilà, il faut savoir y penser même si eux ils nous disent qu'ils n'ont jamais rien fait. J'ai encore le cas là. Une histoire qui date de 2002. Un monsieur à qui j'avais demandé de le faire parce qu'il revenait avec une chaude pisse. Je lui ai dit il y a sans doute autre chose à côté, il me dit non qu'est ce que vous racontez docteur, j'ai laissé tomber et puis effectivement il avait bien contracté autre chose et ce n'est que maintenant qu'on s'en aperçu quand je suis revenu sur l'histoire. Sauf qu'il a contaminé sa femme et tout le reste. Donc je n'ai pas bien dormi pendant quelques jours, j'aurais du insister et je ne l'ai pas fait.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Moi j'avais retenu la moitié, effectivement. Mais c'est par rapport à la population française. Chez les migrants, combien de gens sont contaminés. On serait peut être plus incisif à ce moment là et peut être qu'on le ferait plus systématiquement.

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

J'ai un dépistage plutôt orienté. Après on ne connaît pas leur vécu, après on les laisse quand même. Les gens ils y vont pas et puis, ils sont quand même libres.

Non effectivement c'est pas du systématique. D'abord on nous dit il ne faut pas trop consommer et puis à force de faire du dépistage systématique, soit les gens ne vont pas le faire.

L'accord du patient pour le dépistage, c'est une question d'éthique. Je vois pour d'autre chose. Le plus dur, ce n'est pas de faire le dépistage, le plus dur c'est d'annoncer le résultat pour un patient et qu'il prenne conscience. Parce qu'il y a des gens qui vont vous le refuser.

Par exemple, le monsieur, c'était compliqué. Il partait sur autre chose, et puis il avait aussi en même temps une maladie d'empoussiérage qu'on suivait depuis quelques années, dont les ganglions nous inquiétaient un peu, grossissaient. Et c'est quand il a commencé à maigrir qu'on s'est dit tiens. On ne pensait pas du tout à ça. Ils étaient tous partis sur l'asbestose, l'amiante et puis on s'est retrouvé avec des ganglions qui étaient aspécifiques et c'était simplement un VIH qui évoluait depuis 10 ans.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb,

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

J'ai un dépistage plutôt orienté.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

A le proposer en systématique, oui. Après ces histoires comme ça, comme toute chose, quand vous avez fait une erreur et que vous la connaissez, c'est comment faire pour pas que ça se renouvelle trop souvent. Ce qui est sûr pour cet épisode là, oui les prochaines fois j'insisterais. Quand moi j'aurais le sentiment qu'il y a autre chose à côté, oui. Par contre, mon sentiment, ce n'est pas

forcément la vérité. Avec le métier, on sent les choses. Il y a des choses où on dit, là il faudrait peut être le faire.

Après, il m'avait dit non. Je me souviens bien de cette histoire parce qu'en plus j'avais noté, comme il était rentré avec sa gonorrhée, j'ai dit bon, toi tu as été voir ailleurs, ah non docteur, loin de moi cette pensée, je suis musulman, je ne fais pas ça. Alors j'ai dit comment vous l'avez attrapé, il est parti sur n'importe quoi. Je l'ai quand même traité, j'avais quand même dû lui donner une ordonnance qu'il n'a jamais fait. Donc voilà. Je l'ai plutôt orienté.

En systématique, oui pourquoi pas. Après les gens ne sont pas obligés de revenir. On aurait des résultats qui vont nous revenir positifs et on ne reverrait jamais les gens. Comment on fait? Pour certains.

C'est une vaste question. C'est tout le soin avec l'être humain. C'est le pouvoir de persuasion, de dire s'il y a un problème ne vous inquiétez pas. Moi les gens, ils sont revenus, ils étaient malheureux comme tout. Je leur ai dit vous avez de la chance, maintenant on a quand même des traitements qui sont quand même pas mal. J'en ai 2, 3. D'ailleurs, ce n'est pas des migrants. Ceux là, ils ne sont pas trop mal. Mais bon pour eux c'est complexe, ça rapporte au sexe, ça rapporte à tout ça; surtout la dame qui est atteinte, qui a compris que son mari l'avait trompé.

Apparemment ce n'est pas dans leurs habitudes, semble t il. Puisqu'elle est mauritanienne.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont elles ?

Parfois on a du mal à les cerner. Si effectivement je le proposais en systématique, il y en a ils diraient c'est bien. Mais combien de fois? à quel rythme? Dans quelles circonstances? Parce qu'on ne connaît pas tout de la vie des gens. Souvent il y a plusieurs femmes. Moi j'en ai qui partent en Afrique, ils ne me disent même pas. Quand ils reviennent, on ne sait pas, on le sait plus tard. Est ce qu'il faut à chaque fois leur faire quelque chose? C'est complexe.

Puis après on peut voir la suspicion. Après ils connaissent. Evidemment il y en a qui savent ce que sait. Tiens il est toujours en train de nous tester, est ce qu'il a confiance en nous. Il y a aussi une relation qui peut effectivement se dégrader. Cette relation de confiance. Donc je pense que malheureusement, il faut faire un peu confiance aux personnes quand même. Notre rôle c'est de leur dire. Moi je leur dis souvent, ça vous regarde entre autres, s'il faut on est là pour, on aura des soins. S'il y a des conduites à risque et là, je leur énumère les conduites à risque, on fait le truc par sécurité. A chaque fois qu'ils rentrent de voyage et ce qu'il faut leur demander? Non.

Et puis, on ne les revoit pas forcément. Moi je ne les revoit pas, quand ils n'ont rien de particulier, je ne les revoit pas avant 6 mois, 1 an. Parfois on a oublié le voyage qu'ils ont fait. Et puis parfois on ne le sait même pas. Quand par exemple ils ont été directement parce qu'ils avaient une fièvre jaune à faire ; nous à Evreux, ils leur font les ordonnances complètes, ils ont raison. Et puis nous après, ils sont partis, on ne savait pas.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Projet de mariage

Le certificat prénuptial, maintenant c'est fini. Je le faisais à l'époque oui. Je faisais aussi la syphilis. Les gens venaient chercher une ordonnance mais j'expliquais aux gens que ce certificat prénuptial, ce n'était pas fait pour ça. Ce n'était pas que l'ordonnance. L'esprit de la loi, c'était pour protéger les futures naissances, les futures maternités. Et là on s'apercevait qu'il y avait des gens qui avaient déjà 3 ou 4 enfants et qui venaient. On a bien fait de supprimer ce genre de choses. Ça j'en vois plus. Je faisais en systématique le VIH. Les gens disaient oui. A 99%, ceux que j'ai testé, il n'y avait rien.

Grossesse

Systématiquement. Toutes les grossesses. Je crois que c'est obligatoire en France maintenant.

Contraception

Non. Pas systématique. Par contre, la contraception chez les jeunes, oui. Quand ils viennent nous voir. Souvent ils viennent pour un renouvellement. Alors souvent quand il n'y a que ça à faire, pouls, tension comme je fais. Je leur demande si dans l'année, ils ont fait déjà la glycémie, au bout

d'un an, certains me disent oui. Mais je dis ramène moi les papiers parce que si je te fais là, je suis responsable aussi. Ils ont du mal à comprendre. Bon là ça va, avec l'histoire des pilules là (les risques cardiovasculaires des pilules de 3e génération), ils ont compris.

VIH connu chez un membre de l'entourage

En général, oui. Les conjoints déjà. Et puis ce qui s'est passé pour le monsieur, ça remontait au moins à 10 ans. Moi, vu mon dossier, ça correspondait, c'était en 2002. Donc 11 ans même.

Heureusement il n'avait pas eu d'enfant puisque la dernière a 14 ans. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a testé la maman qui malheureusement était positive, mais ça on pouvait s'en douter. Et puis, on a eu un doute pour la fille. On l'a testé, heureusement c'était négatif.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Oui tout à fait.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Souvent on leur propose mais le problème c'est qu'après ils peuvent aller où ils veulent. Après d'abord on n'est pas sûr qu'ils le fassent premièrement et puis après, souvent ça ne revient pas et quand on les revoit il y a peut être 1 an d'écart, ça arrive un peu comme parfois aujourd'hui c'est un peu chargé dans l'après midi, on a un peu de retard et puis on ne va pas refaire s'il fallait à chaque fois qu'on voit des personnes, qu'on retravaille sur tout les anciennes consultations ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, pourquoi ça n'a pas été fait c'est des heures et des heures à chaque patient, donc c'est complexe. Mais on devrait sans doute le faire, mais on ne le fait pas. On leur dit rapidement vous réfléchissez. Et puis les autres circonstances font que tout ce qu'il faut faire en alerte, on serait débordé.

Sur les coloscopies simplement, les gens qui ont des polypes, où tous les 3, 4 ou 5 ans, il faut le faire, rien que là c'est déjà compliqué. Je le marque. Je dis tiens tu devais faire ça.

Certains vaccins. Pas toutes les familles. D'autres ils arrivent à l'avance, ils arrivent 3 mois avant. Il y en a, je les relance, je leur dis attendez ça fait quand même 3 consultations cette année que je vous voie, ça fait 3 fois que je vous remets le Revaxis, ça fait 3 fois vous venez sans rien. Ou alors ils viennent, avec des problèmes financiers soit, ils viennent quand l'enfant est malade, on dit mais non quand l'enfant est malade, plus de 38,5°C, je ne vous fais pas de vaccin, et ce jour là, ils l'ont quand même pris et le jour où on doit le faire ils ne l'ont pas pris comme par hasard.

On travaille avec l'humain. L'humain il est ce qu'il est. Il y en a qui sont bien, il y en a d'autres ... mais bon on ne peut pas leur en vouloir, on est là pour tenter de les éduquer un peu et de faire au mieux.

Par contre je ne le fais pas systématiquement. Si vous voulez savoir par rapport au VIH. Je ne le fais pas systématiquement. Vous vous rappelez qu'en France normalement on doit demander. Quelqu'un qui vient en me disant j'ai un doute, j'en ai quelques uns qui viennent, surtout les jeunes migrants qui ont entre 20 et 30 ans, ceux là sont plus sensibles à ça. Ils viennent en disant docteur j'ai un doute et tout ça, là on leur fait facilement. Au bout d'un moment, d'abord ils peuvent en faire ailleurs et puis c'est vrai que certains quand on leur fait 3 ou 4 fois dans l'année, on se dit attend c'est plus son comportement qui ne va pas. Alors là, je leur refais les discussions, je ne sais pas s'ils comprennent quoi que ce soit mais bref c'est complexe.

Donc on a souvent l'excès, soit les gens qui ne veulent pas parce qu'ils ont peur du résultat, puis je vous rappelle qu'on ne peut pas les forcer. C'est vrai qu'on lâche finalement le morceau quand ils ne veulent pas le faire. Même si c'est marqué sur l'ordonnance, si ce n'est pas fait, ce n'est pas fait.

Quelles sont les raisons avancées par ces patients ?

Donc on a souvent l'excès, soit les gens qui ne veulent pas parce qu'ils ont peur du résultat, puis je vous rappelle qu'on ne peut pas les forcer. C'est vrai qu'on lâche finalement le morceau quand ils ne veulent pas le faire. Même si c'est marqué sur l'ordonnance, si ce n'est pas fait, ce n'est pas fait.

III - connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Je sais que les hôpitaux le font dans certains cas. Je me souviens dans un hôpital périphérique, certains chirurgiens le demandaient systématiquement, alors qu'ils n'avaient pas le droit à l'époque de le faire. Je me souviens d'une grande discussion entre une réanimatrice et un chirurgien en lui disant, tu n'as pas le droit de faire ça. J'avais gardé ces propos en disant le tout ce n'est pas de faire la prise de sang, le tout c'est d'annoncer le problème au malade, qu'il le reçoive bien et qu'il fasse bien son soin. Ce qui pose aussi le problème effectivement à qui je dois le faire. C'est très compliqué.

Vous semblent elles adaptées et applicables en pratique ?

Est ce qu'ils nous l'avouent tout ça? Ils ne vous l'avouent pas. S'ils ont plusieurs femmes, ça on le sait. Mais ce qu'ils vont faire quand ils voyagent, ne serait ce que sur Paris, tout ça on n'en sait rien quoi.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Moi, j'aurais tendance, du fait d'un à priori, effectivement à plus tester les hommes. C'est bizarre alors qu'on sait très bien que c'est la femme qui est porteuse. Mais je pense que c'est plutôt lui qui va faire la faute et qui va éventuellement ... Par contre, je ne peux pas donner les chiffres. Mais j'aurais tendance effectivement à être plus suspicieux envers les hommes qu'envers les femmes.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non, par contre dans certaines consultations, ils viennent avec leurs enfants. Parfois ça arrive. Et puis, dans certaines situations ils comprennent bien, d'autres ils ne comprennent pas. Donc je ne sais pas s'ils font exprès ou si la situation c'est compliqué ou pas. Est ce qu'ils essaient de jouer ?

On a compris que parfois, je ne parle pas du VIH en général, certains quand ils ont une petite maladie, ils arrivaient à en vivre un petit peu avec quelques revenus. Ils cherchent toujours un petit truc, voilà, je ne suis pas malade, je n'ai pas ci, je n'ai pas ça. C'est vrai que nous 250 €, ça ne nous suffirait pas mais il y a certaines familles, 250€ c'est beaucoup et ils arrivent à faire plein de choses avec. C'est compliqué parce que même nous, moi je vois parfois ça interfère. Je me dis faut pas que je pense comme ça, faut pas que je réfléchisses comme ça mais c'est vrai que

Ça m'émeut en tant que médecin, ça me perturbe. Je me dis est ce qu'ils sont en train de vouloir me mentir ou pas vous voyez, c'est compliqué. Au bout d'un moment, je dis non, il ne faut pas que je fasse comme ça. Je leur fais plein d'exams qui sont négatifs. Après je me dis bon, c'est moi qui plante ou ils se foutent vraiment de ma gueule. J'en ai très peu. J'en ai quelques uns comme ça.

En plus, il y a toutes ces histoires aussi de dates de naissance qui ne sont pas toujours les bonnes. Moi j'ai une dame, par exemple, elle a soi disant 55 ans mais vous la verriez, elle n'a pas 55 ans. Elle n'est pas née en 1960, on voit bien, quoi. Elle est usée comme tout. Elle doit avoir 70 ans. Donc il y a plein de trucs comme ça. Voilà, c'est pas une histoire de VIH mais c'est pour élargir un peu, ce n'est pas toujours facile.

Donc traducteur, oui, ça m'arrive. C'est surtout la famille, c'est souvent la famille, les enfants qui viennent et d'ailleurs, ce n'est pas toujours génial parce que les enfants ne sont pas toujours ... d'abord je ne sais pas toujours ce qu'ils traduisent, moi je ne sais même pas si ça correspond; quand la réponse est la réponse que j'attendais ou dans le sens que j'attendais à la question précise que j'ai posée, on peut se dire que ça a été à peu près correctement traduit. Après voilà.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Très peu de cas. En 14 ans, j'ai dû avoir seulement, même pas 5 cas positifs que j'avais demandés. Moi si j'avais demandé, c'est que j'avais la suspicion. Donc je m'y attendais. Sauf pour le dernier monsieur là. Lui ça faisait 11 ans que j'avais oublié son histoire initiale de primo infection. Donc c'est quand j'ai revu. Là je m'en suis voulu. J'aurais dû vraiment insister. Parce qu'au moins ça aurait évité que sa femme soit contaminé.

Comment vos patients réagissent ils à l'annonce d'un résultat positif ?

Après moi, je fais mon travail de médecin et je leur dis qu'ils ne baissent jamais les bras, qu'ils ont la chance d'arriver dans une période où on peut faire les choses. Je dirais même pour la petite histoire ce monsieur là quand je l'ai fait hospitalisé, ils ont refait le même examen, interrogatoire que moi, il a encore nié qu'il avait eu des rapport et tout ça. Donc ils ne sont pas partis tout de suite dessus. Ils n'ont pas fait le VIH. J'ai appelé le laboratoire qui le faisait, ils m'ont dit non je n'ai aucun depuis 10 ans, chez ce monsieur là; comme je sais qu'il va toujours au même endroit, on n'a jamais fait le VIH.

Et donc c'est seulement après. La famille était quand même très inquiète, surtout ses filles, en disant mais il perd du poids docteur. Et là, ils sont allés sur Paris parce qu'une partie de la famille habite Paris et là ils l'ont pris sur Paris; et on m'a rappelé en me disant est ce que vous avez fait le VIH. Je leur ai dit non. Ils m'ont dit nous ce qu'on a, c'est très bizarre, il a bien sûr de l'empoussiérage, mais pourquoi pas ça, il faut y penser. Eh ben, on tombe des nues parce qu'on a dépenser du fric.

Et puis, 2-3 jours après, on avait une réunion de pneumologie avec des collègues, je dis est ce que vous avez des nouvelles de monsieur un tel, ils me disent alors c'est quoi? J'ai dit c'est un SIDA tout bêtement. Tout le monde était étonné, ils se sont regardés en disant c'est marrant, on n'en voit plus. Voilà ce qu'ils m'ont dit. Vous imaginez. Ce qui est peut être vrai dans notre pratique tous les jours mais est ce parce qu'on ne va pas les chercher. C'est ça à peu près la question qu'on se pose.

Nous on n'est pas très éloigné de la région parisienne, c'est quand même une zone assez importante de tuberculose. C'est vrai qu'on est quand même proche. Vous savez qu'en France, on soumet la vaccination seulement au jugé du médecin. On leur explique qu'on est pas très loin de Paris s'ils vont sur Paris souvent, c'est sûr que les populations africaines, je leur fais systématiquement. Les portugais aussi parce que là bas il y en a pas mal. Je crois que c'est même l'Etat portugais qui nous le demande. Puis tout ce qui est les pays de l'est, tout ça on le fait systématiquement.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

En général, quand on les suit, oui, on les revoie. Pas forcément avec le résultat ils sont contents mais on les revoit après. Quand c'est négatif, ils renvoient tout négatif; quand c'est positif, de toutes façons, le patient n'a pas accès directement. C'est nous qui lui retransmettons après pour lui expliquer ce qui va se passer. Et ce qu'il doit faire, sinon il est aussi sous le coup de la loi parce que je vous rappelle qu'en France, si vous allez dispenser ailleurs votre virus, c'est pas très gentil. Je vous rappelle l'histoire de ce monsieur blanc qui a été contaminé 5 ou 6 personnes, ces personnes ont porté plainte et il a été condamné. Donc ils sont quand même responsables juridiquement de ce qu'ils font

IV- Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Déjà nous qu'on reçoive les recommandations. Ils vont vous dire il faut aller les chercher sur internet.

C'est gentil mais quand vous voyez le truc de l'HAS; là j'ai un souci, je ne sais pas si vous êtes au courant, vous savez que maintenant la sécurité sociale met sous conditions d'accord préalable certaines kinésithérapies. Depuis Septembre, j'avais reçu l'information, donc je l'avais gardé. Puis en juin, j'ai eu une collègue de la sécu qui vient me voir avec ça. Depuis le mois d'août, ça a encore changé. Notamment ce qui est très intéressant c'est la canal carpien puisqu'il faut une entente préalable dès la première séance.

Moi, ma patiente se fait opérer en Juillet. Elle revoit le chirurgie 3 – 4 semaines après, avec quelques douleurs et il lui donne des séances de kiné qui ont été effectuées, 13 séances. Et elle vient me voir là, il y a 3 – 4 jours en me disant il faudra continuer et puis la kiné un peu roublarde.

Je lui dis, madame, vous ne serez pas remboursé, ça n'a pas été fait dans les règles, vous allez voir qu'ils vont vous tomber dessus. Eh ben, 179 €. La fille lui a demandé de prendre le tiers, donc 51 € mais le reste, elle ne sera même pas payée. Alors moi, je fais mon boulot, je fais l'ordonnance, et je commence à remplir ça et je dis attends, c'est au kiné de remplir ça. Une journée après, voilà ce que je reçois de la kiné, pour info, dernier protocole reçu de la sécu en Août 2013. Il y a un tuc sur le côté CPAM de l'Eure. J'ai été cherché, je ne vois pas. Quand vous regardez, le truc a disparu. Le problème quand moi je suis allé sur le site national et de l'Eure et de la sécurité sociale, il y a 2 autres qui sont apparus et le canal carpien est toujours dedans. Alors j'ai tenté de l'appeler cette brave femme mais évidemment elle n'était pas là. Mon propos c'est de lui dire écoute que tu fasses n'importe quoi, après c'est la patiente. Parce que la pauvre patiente. Toi d'abord comme tu as fait l'avance du tiers, tu ne seras jamais pris en charge et puis en plus la patiente. C'est compliqué, je sais bien. Même nous parfois on est perdu. On est parfois plus perdu qu'il ne faudrait

Donc effectivement cette fameuse recommandation, je ne l'ai point eu. Mais maintenant que je l'ai, ça va sans doute changer.

D'ailleurs la dame qui vient de téléphoner, j'ai failli lui faire le VIH. Je ne lui ai pas fait. Elle a une douleur un peu bizarre. Mais vous savez quoi ? Ça m'a turlupiné. Non quand même pas, tu ne vas pas le faire à chaque fois. Parce qu'après, on a l'impression qu'ils sont stigmatisés. Je vais vous raconter une histoire le monsieur qui gère nos patients atteints.

Un jour, j'ai un monsieur qui fait du droit sur Paris, homosexuel. Donc il me le dit. Il dit voilà j'ai rencontré quelqu'un. Malheureusement comme vous le savez ils sont plus à risque. Un mec bien intellectuellement, il travaille sur des commissions, pour le sénat. Il vient me voir pour ça. Je lui dis écoute, il faut faire ça. Il venait d'être violé apparemment la nuit par son compagnon qu'il avait rencontré dans une boîte. Et puis il ne voulait pas et puis à 2h du matin, il s'est retrouvé avec une pénétration non désirée. Donc je lui ai dit nous on ne fait pas, tu vas aux urgences. Donc les urgences étaient un peu embêtés. A l'époque je ne savais pas qu'il y a le protocole tout de suite donc j'avais appelé directement ce monsieur là qui venait juste d'arriver. Il commence par me dire écoutes, pas de problèmes, tu ne pourras pas avoir les médicaments puisque ce n'est pas à toi de les donner mais par contre je vais le recevoir dans 2 jours mais qu'il passe aux urgences, je les préviens tout de suite, je vais leur donner tout ce qu'il faut, pas de problèmes.

Et il commence rapidement par rapport au risques, c'était une histoire du vendredi soir, ils se disent est ce que ça peut attendre le lundi ou est ce qu'il faut le faire tout de suite. Et il commence à lui donner plein de trucs, est ce que c'était un noir tout ça. Et l'autre, il était outré. Pourquoi il m'a posé ces questions là ? Je lui dis c'est normal parce que c'est des populations plus à risque.

Après c'est vrai, parfois on a peut être peur de stigmatiser justement en disant tiens, allez c'est encore un noir, c'est encore un maghrébin. Mais parfois, effectivement, il faut quand même repousser un peu tout ça et voir la réalité des chiffres, c'est malheureux mais c'est comme ça. Sans que ce soit la couleur de peau, c'est parce que ça fait partie des risques.

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Parfois le langage. Est ce qu'ils comprennent tout ce qu'on dit. C'est possible. Parfois on a l'impression qu'ils disent oui pour nous faire plaisir puis finalement parfois on s'aperçoit que non.

Parfois on a du mal aussi, mais ça c'est pour d'autres pathologies, des pathologies qui sont au long cours comme par exemple l'hypertension, le diabète, on leur dit voilà on a trouvé le bon truc, on fait 3 mois et puis après on ne les revoie plus pendant quelques temps. Pourtant je leur dis c'est un traitement à vie. On ne peut pas guérir la maladie, on peut simplement vous soigner, vous traiter au long cours, donc vous serez obligés d'avoir le médicament à chaque fois. Quand ils ont les premiers résultats qui descendent, ils disent ah je suis sauvé puisque tout est normal, on ne les revoie pas puis quand ça ne va pas, ils reviennent. Ça je l'ai eu quelques fois, pas tous. Quand je les croise, je dis on ne se voit plus, qu'est ce qui se passe. Puis ils me disent c'est bon, tu m'as bien soigné, toi tu es un bon docteur, tu as vu les résultats, je les ai eu ils sont négatifs. Je dis oui c'est normal puisque tu prends ton traitement, tiens refais le maintenant, tu vas voir, ça va être moins bien. Effectivement on l'a refait et ils ont compris. Ça c'est les petits problèmes que j'ai eu quelquefois.

Ça va un peu mieux mais c'est vrai qu'en 14 ans, j'ai toujours du mal. Ils ont l'impression qu'on a une médecine qui est exclusivement curative et quand vous avez quelque chose on peut vous sauver tout de suite. Médecine qui est curative essentiellement, qui n'est pas que palliative.

VII- comment vous êtes vous formé au VIH ?

Le VIH, non, je l'ai étudié après. Si j'avais du au début. J'avais préparé l'internat. Je voulais être pédiatre. Et à l'époque il fallait être très bon. Donc j'ai fait pédiatre. Je fais de la pédiatrie ici. Donc j'avais quand même lu. Et puis, tous les trucs qui sortaient à l'époque sur le VIH. Il y avait une revue qui sortait, je ne sais plus comment elle s'appelle qui préparait au concours médical, Impact Médecine je crois. Ils avaient fait 2 hors séries, donc ça j'avais acheté à l'époque.

Depuis ça a changé. C'est pour ça que je m'en occupe plus directement. On fait les trucs quand on peut, puis après je passe aux copains, aux collègues qui s'en occupent beaucoup mieux que nous. J'ai un référent sur Mantes et puis quelqu'un qui est là sur Évreux et sur Vernon.

ENTRETIEN M15

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui.

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

Ben écoutez. Moi je prendrais celle du dictionnaire. Quelque chose comme population qui a migré, qui a bougé, qui a émigré, qui a comme projet de vie de vivre autre part et qui arrive dans notre région.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oui, sur le plan culturel. C'est des choses qu'on ressent très bien en ce sens qu'il y a eu ou pas le formatage par la scolarité qu'il y a eu ou pas en France. C'est évident, même sur le plan vestimentaire, on voit de vraies différences. On voit des mamans qui portent encore leur enfant dans le dos et on voit des jeunes qui sont nés ici issus de ces populations migrantes avec des poussettes, des caddys de plus en plus grand. Ils ne passent plus par la porte.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui, bien sûr.

Pourquoi ?

Moi, j'ai toujours souvenir de cette jeune mauritanienne qui était venu en consultation en France, elle avait 18 ans, elle était enceinte, séropositive et dans un état de détresse terrible suite à des viols successifs.

On est évidemment sensibilisé à ces problèmes de santé.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Non je n'ai pas de chiffres en tête mais enfin ça recoupe ma réflexion, elle est là. Oui, bien sûr.

Cela peut-il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

J'intègre ça. C'est dans ma réflexion. C'est dans ma pratique ça déjà.

II - chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb.

Comment abordez-vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez-vous le test de dépistage ?

La réponse, elle va recouper plein de choses qui viennent sûrement après. Pour moi, la difficulté, c'est de ne pas faire redondance.

Je pense qu'il y a une stigmatisation évidemment de toute une population dite à risque qui fait que probablement il y a de temps en temps un excès d'accompagnement. C'est probable. Mais c'est probable aussi qu'il y a des gens qui passent au travers, mais ça je ne suis pas bien placé du tout pour en parler puisque j'ai très peu de séropositifs en clientèle. Vraiment peu. Je ne suis même pas sûr d'avoir été moi à l'origine d'un dépistage ou peut-être ça se compte sur les doigts de la main. Les séropositifs que j'ai pu rencontrer, ils étaient tous déjà dépistés.

Avez-vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non.

Je délègue (pour la gestion de la maladie). Comme pour les pathologies cancéreuses et cetera. Il y a une réactualisation des connaissances qui va trop vite pour que moi dans mon cabinet, j'ai autorité sur la prise en charge et le traitement. Je crois que les spécialistes autour des pathologies du SIDA et du cancer, pour moi j'ai envie de faire le parallèle, acceptent très bien cet état de fait.

Moi je me souviens il y a 15, 20 ans, même il y a 25 ans, quand on a commencé à parler du SIDA, on voulait former les généralistes. Moi j'étais d'accord mais très vite on s'est rendu compte heureusement l'épidémie n'était pas celle qu'on attendait. On a été rassuré sur les chiffres et je ne pense pas que les centres de SIDA soient débordés par la demande.

Vos patients ont-ils des difficultés à parler du VIH ?

Quelles sont-elles ?

Il ne me semble pas. Pas du tout. Au contraire. Chaque fois que le test est proposé, les gens, ils sont demandeurs, au même titre qu'ils sont demandeurs pour les vaccinations, demandeurs pour toutes ces pathologies. Parce qu'ils savent de quoi on parle, ils savent d'où ils viennent, ils savent ce que c'est que la maladie grave, mortelle chez les jeunes, ça ils le savent.

Que pensez-vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Non, ça ils ne disent pas. Ça c'est très très difficile. C'est comme le poids. C'est du même ordre. On le sent bien, ça. On le voit bien.

Patient homosexuel

Sûrement, le sachant ou pas. Mais par exemple, les homosexuels, j'en vois un petit peu, pas beaucoup. Eux sont très demandeurs de dépistage. Ce qui veut bien dire qu'ils ont les prises de risque. Il y en a qui sont manifestes.

Mais moi je ne rentre pas là dedans. C'est pas ça le sujet. Il y a le facteur risque et puis il y a le patient qui est en face. Lui c'est 100 %. Oui il y a des profils mais il y a la décision de faire ou pas

la prescription. Et à chaque fois, c'est 100%. le risque même s'il est minime, s'il est concerné ce sera 100%. Donc je crois que le dépistage mais surtout la prévention, à l'occasion d'une demande de bilan quel qu'il soit, il faut remettre le couvert. Mais population migrante ou pas. Moi je crois qu'il ne faut surtout pas stigmatiser.

Par exemple, il y a toute une population qu'on voit, qui est pris en charge dans les centres d'accès aux soins, donc à Évreux, à Vernon. Je trouve c'est des lieux très privilégiés pour faire ces bilans. Moi j'y travaille un peu et très facilement on fait les sérologies.

Mais il faudrait que ce soit acquis que c'est fait une fois pour toutes, que ce bilan a été fait, qu'on n'y revienne pas à tout bout de champ alors qu'il n'y a plus de facteur de risque.

Les examens ne restent pas dans les centres. On communique. Moi tous les patients qui sont passés à l'accès aux soins, l'infirmière m'envoie le dossier. J'ai les dossiers. La biologie me revient.

Donc ça se retrouve ici. Je pense qu'elle le fait pour tout le monde, c'est indispensable. Là, pour une fois, l'hôpital a une responsabilité à communiquer avec la ville. Et en plus, il y a les problèmes de barrière linguistique de temps en temps qui fait que là si on ne s'aide pas entre soi, on ne va pas y arriver.

Projet de mariage

On n'en voit plus du tout des examens pré-nuptiaux et ça, c'est bien dommage.

Je n'ai aucun cas. Alors que je trouve cette consultation était intéressante. C'était l'occasion de débattre de beaucoup de choses, les antécédents, presque du conseil génétique. Oui, bien sûr que ça a disparu ça.

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Je n'ai pas eu à le faire. A un moment donné, il faut aussi responsabiliser les gens. Je veux dire on ne peut pas être non plus derrière toute situation à risque. On est vraiment dans de l'éducation pour la santé, je veux dire. Là, il faut former les gens, éduquer les gens. Dans nos cabinets et ailleurs. Et ça fit bien longtemps qu'il n'y a pas eu une grande campagne d'information dans les médias. Je trouve ça très dommage. C'est de la responsabilité des pouvoirs publics de susciter des campagnes dans les revues nationales et qu'il y ait régulièrement une remise à plat de toute la prévention sur le SIDA et que ce soit généralisé à un temps T dans une dizaine de magazines, journaux de façon à ce que tous les jeunes qui grandissent, qui commencent à savoir lire et à comprendre ce qui est écrit puisse trouver à 14, 16 ou 17 ans les informations dont ils ont besoin. Ça c'est un autre sujet. Mais ça forcément, il faudrait le refaire tous les 3 ou 4 ans.

Grossesse

Systematique.

Contraception

Systematique.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Ça j'ai pas eu. J'ai pas eu l'occasion. C'est une situation que je n'ai pas rencontré et effectivement qui peut poser problème.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Ça vient très vite devant une symptomatologie génitale, suspecte de MST, très vite le SIDA fait partie de la réflexion au même titre que la syphilis. Il ne faut pas les oublier ces maladies là sûrement.

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Ah non, non. Je n'ai pas de refus.

III - Connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne. »

Que vous inspirent ces recommandations ?

Alors, tout ça, ce sont des recommandations. Donc il ne faut pas être dans un truc trop rigide. Peut être qu'on arrive à ça effectivement, avec ma façon de faire, on arrive à ça. Après le problème c'est la communication des résultats, la communication du statut sérologique. Et puis est ce que les prélèvements ont été fait, on ne sait pas.

Alors, vous avez vu dans nos logiciels maintenant on a accès à des choses avec la carte vitale sur les prises de sang. Quand on fait rentrer la carte vitale, on a l'antériorité de la consommation de l'année qui précède, sur les médicaments reçus, pas les résultats mais sur les prescriptions de laboratoire mais c'est sur l'année. Pour moi, ça c'est l'avenir avec tout ce que cela suppose de difficultés de mise en place mais pour moi c'est l'avenir. Dans cette carte vitale, pas sur la puce mais par le biais du serveur CPAM, qu'on ait un petit compartiment à part. Avec Espace Pro, là maintenant, on a des choses qui apparaissent voilà. Donc on peut imaginer une petite fenêtre, la sérologie a été faite ou pas, et à quelle date.

Si on veut vraiment faire de la prévention parce qu'effectivement le SIDA c'est comme ça qu'on y arrivera, c'est de traiter tous les malades moyennant quoi il n'y aura plus de maladies, là on est bien d'accord. Parce qu'en même temps, combien ça coûte une sérologie HIV ? Je ne sais pas. Parce que moi je suis aussi regardant sur les dépenses de santé. Je veux dire, on signe des chèques nous. Si la sérologie ne coûtait rien, on la ferait peut être plus facilement. C'est une information qu'il faudrait faire passer ça. Peut être. Il me semble que le coût, c'est important. Probablement que c'est dans notre formatage de médecin de ne pas mettre de l'argent par les fenêtres. Donc si la sérologie, elle coûte 40€, ce n'est pas pareil que si elle coûte 2€.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Oui, ça c'est évident.

Si oui, comment l'expliquez vous ?

Du fait de ses maternités, des surveillances des grossesses.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage ?

Je ne crois pas. J'ai parfois eu des interprètes mais je n'ai pas demandé pour ça.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Je ne crois pas en avoir dépisté. Je ne crois pas avoir eu de résultats positifs des centaines et des centaines de prescription que j'ai faites. Alors, sans forcément s'en rendre compte, on a des clientèles qui sont très ciblées. Mon confrère à 500 mètres d'ici qui a une clientèle où se retrouve davantage d'homosexuels, il y aura peut être des positifs. Ou ailleurs, il y a des clientèles plus populaires qui ne viennent pas forcément devant ma grande façade, ça va être autre chose.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

La discussion moi je la mets avant, au moment de la prescription. Mais je ne les revoie pas exprès pour ça. On se téléphone.

La prescription même est l'occasion de rappeler ce que ça veut dire. Puisqu'on est obligé de parler du temps de latence, du temps de la séroconversion. On est obligé là de rentrer dans le détail de la maladie et son risque de contamination ou pas.

IV- Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Je crois que chaque cas est à part. Je trouve que c'est intéressant d'imaginer qu'on ait la trace quelque part qui soit consultable, donc par l'intermédiaire de la carte vitale. Moi je crois beaucoup à l'avenir de la carte vitale. Sans parler du dossier médical informatique qui ne marchera jamais. C'est de la science fiction. Par contre, on voit bien que c'est intéressant d'imaginer par les espaces sécurisés qu'on puisse avoir accès à des données qui se retrouvent auprès des caisses. Ne serait ce que de savoir si le dépistage a été fait ou pas un jour et quand.

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Comment vous êtes vous formé à la prise en charge médicale des migrants africains ?

Ou bien ils sont très fidélisés au cabinet parce qu'il y a une grande confiance dans le médecin qui est un peu le gourou qui sait tout.

Et sans raisons apparentes, c'est à dire avec le même travail, prestation de ma part, il y a des patients qui partent en errance dans le système médical et je reçois des dizaines et des dizaines de courriers de tous les secteurs de spécialités, Vernon et parfois même hors Vernon, ça veut dire l'hôpital en particulier, voire hors Vernon, et c'est du délire. Le moindre symptôme. Surmédicalisation.

Le problème c'est que l'accès chez le spécialiste est vécu comme incontournable par certains patients, dans certaines situations. Et nos confrères spécialistes sont dans l'incapacité de prendre le moindre risque sans faire toute une batterie d'examen en étant simplement dans le domaine magique de dire ce n'est pas grave, vous n'êtes pas malade, tout va bien, et donner un placebo même ou petit médicament actif. Il y a toujours toute la batterie d'examen.

Ça c'est insupportable. Moi, j'en ai quelques exemples. C'est vraiment du délire.

Tout à l'heure, j'ai vu un monsieur qui est venu me voir. Il voit l'urologue, le cardiologue, le pneumologue, l'infectiologue, l'endocrinologue, vraiment on peut ressortir. Et sa femme est venue me voir la semaine dernière, en me demandant une lettre pour l'ORL. Mais qu'est ce qui lui arrive pour voir un ORL? Elle dit oui, il n'entend plus. Je dis bon écoutez je veux bien faire la lettre pour rien mais je vais quand même regarder son oreille. Il y avait un énorme bouchon, évident. Je lui ai enlevé son bouchon là tout à l'heure. C'est l'homme qui était juste avant. Il est sorti, il m'a serré la main, radieux et cetera. Voilà. C'est de temps en temps délirant.

Je ne l'explique pas. Il y a le fait qu'on n'est pas très bien organisé dans notre système de soins pour éviter ça. Et je crois que c'est un côté un petit peu pervers du fait que la médecine générale n'est pas assez au centre des soins. Dans ces situations là, ça se ressent beaucoup plus qu'ailleurs.

Ceci étant, je ne vois pas trop de solutions non plus parce qu'on manque de médecins généralistes, on manque de temps. Ça suppose un très haut niveau de compétence des généralistes pour savoir aussi connaître ses limites. C'est démonstratif, le problème des migrants, du fait que notre système de soins ne fonctionne pas bien. Je suis sûr que si on allait voir dans les carnets de rendez vous de nos confrères hospitaliers, on comprendrait pourquoi il y a un délai d'attente aussi énorme. Ça pourrait être organisé autrement. Autrement dit, il faudrait que les médecins hospitaliers aient la sagesse de dire de temps en temps non vous vous trompez, allez voir votre généraliste. Avant toute chose, exiger des lettres des généralistes avant de donner des rendez vous. Parce que ça a été le cas à un moment donné, ce n'est plus le cas.

VII - Comment vous êtes vous formé au VIH ?

Le premier cas de VIH que j'ai vu, c'était en 79. C'est un dossier qui a été présenté chez le Pr Godeau à la Pitié Salpêtrière dans un service où je travaillais, c'était un jeune coiffeur homosexuel qui avait un Kaposi. En 79, vous vous rendez compte. Et chez Godeau, à la Pitié, grand service de médecine interne, on a dit ça ressemble à un truc qui se publie aux Etats Unis, au CDC. Ils dérivent un truc, ça pourrait être ça. C'est incroyable. Donc j'étais interne à Paris à l'époque et j'étais très savant sur le VIH tout de suite. Alors après, j'ai un peu lâché. Je me souviens avoir même communiqué avec la revue Prescrire en leur disant vous nous associez un peu avec vos articles sur le VIH, ce n'est jamais nous les généralistes qui gérons ça.

J'ai dû aller à des EPU, à Vernon, il y en a sûrement eu 1 ou 2. À maintes aussi où je vais régulièrement.

ENTRETIEN M16

Recrutement de généralistes exerçant dans les bassins de migration africaine en Haute Normandie par un entretien préalable

I - Avez vous parmi vos patients des personnes originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ?

Oui.

II - Quelle définition faites vous de l'expression « migrants d'Afrique noire ou du Maghreb » ?

C'est assez vaste. Ça peut être du patient de passage qui vient passer quelques mois, à l'étudiant, et puis le migrant travailleur.

Rappel de la définition de l'INSEE.

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger, qui réside actuellement en France. Elle peut avoir acquis la nationalité française.

Un immigré ancien désigne un immigré présent depuis au moins 5 ans en France.

III - distinguez vous parmi vos patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb ceux qui sont des migrants ?

Oh, à peu près, oui.

On leur pose la question, et puis il y a beaucoup de 2e génération, 3e génération dont on connaît, parce que ça fait quand même un certain temps que je suis installé, donc j'ai vu des gamins tout petit.

Poursuite de l'entretien par une interview au cabinet auprès des généralistes ayant parmi leurs patients des migrants africains

I - Etes vous sensibilisé au dépistage du VIH chez les migrants d'Afrique noire ou du Maghreb?

Oui

Pourquoi ?

Parce que, un, ça fait partie de notre boulot, et puis, il n'y a plus ce qui existait il y a 20 ou 30 ans, des dépistages systématiques, je ne parle pas que pour le VIH mais il n'y a plus les prises de sang obligatoires qu'on faisait dans des centres de migrants ou dans certains hôpitaux.

Voici des données actuelles du dépistage du VIH en France :

« Les personnes de nationalité étrangères vivant en France représentaient 45% des infections par transmission hétérosexuelle. (...) Les taux d'incidence pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont 29 fois plus élevés chez les hommes et 69 fois plus élevés chez les femmes par rapport aux taux respectifs chez les hétérosexuels français.»

S. Le Vu, Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 INVS, 2010

Quels commentaires en faites vous ?

Ces chiffres là précisément, non (je ne les connaissais pas)

Cela peut il modifier votre pratique actuelle du dépistage du VIH ?

Non parce que je le faisais aussi bien que pour les autres sérologies. Même l'hépatite B, l'hépatite C.

II - Chez vos patients migrants d'Afrique noire ou du Maghreb.

Comment abordez vous avec eux le dépistage du VIH ?

A quel moment proposez vous le test de dépistage ?

Déjà, il faut qu'il vienne me voir. C'est le problème de la médecine libérale. Ensuite moi je n'attends pas d'arguments cliniques particuliers. Je demande point barre systématiquement lors d'un premier bilan. Alors bon, pas forcément lors d'une première consultation, mais dès que je demande un bilan biologique, je le demande systématiquement.

Avez vous des difficultés personnelles à proposer ce dépistage ?

Non.

Vos patients ont t ils des difficultés à parler du VIH ? Quelles sont elles ?

À priori, non.

Comment perçoivent ils cette maladie ?

Il y a différents types, il y en a qui vivent le problème comme une maladie honteuse, comme la syphilis ou les choses comme ça dans le temps, je ne pense pas que ce soit la majorité.

Par contre, il y en a qui ont peur de l'avoir et qui demandent aussi spontanément le dépistage. Ils sont contents qu'on leur en parle.

Que pensez vous de la proposition de dépistage dans les situations suivantes ?

Comportements à risque : partenaires sexuels multiples, usage de drogue intra veineuse ...

Pas forcément. Parce qu'ils ne l'avouent pas ou ils l'avouent indirectement en revenant de voyage

Patient homosexuel

Je ne sais pas. Non, non, je ne vois pas.

Projet de mariage

Oui. Je le fais

Retour du pays natal après un séjour prolongé

Oui mais plus à leur demande.

Grossesse

Je le fais systématiquement lors du premier bilan.

Contraception

Si je connais le patient, je ne demande pas. Sinon, si c'est des femmes qui demandent oui, je leur propose ainsi que la rubéole éventuellement.

VIH connu chez un membre de l'entourage

Ça s'est très bien passé. C'étaient des enfants.

Symptômes évocateurs d'infection opportuniste

Oui, bien sûr.

Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ou de tuberculose

Oui. Je le fais

Avez vous souvent des patients qui refusent le dépistage ?

Des refus, non, jamais. Des refus lors de la consultation, jamais. Alors il y en qui ne font pas leur prise de sang mais je ne pense pas que ce soit une grande majorité.

III - Connaissez vous les nouvelles recommandations HAS concernant le dépistage du VIH ?

Non.

Rappel des recommandations HAS 2009 concernant le dépistage VIH :

« la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière »

« Des rythmes de dépistage ont été définis (...) tous les ans chez les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique subsaharienne »

Que vous inspirent ces recommandations ?

La première, ça me paraît un peu difficile, très coûteux, rapport qualité - prix difficile. Donc comme pas mal de recommandations de l'HAS, difficile à être mis en place.

La deuxième me semble honnête mais enfin à ce que ce soit systématiquement annuel.

On en déduit certain (les patients multi-partenaires). Il y en a qui ne le disent pas. C'est comme les migraineux. Il y en a qui ne le disent pas, mais qui viennent après un séjour au pays, faire un bilan, c'est pas pour rien. Donc il faut aussi orienter les choses, donc s'il y a eu un rapport non protégé, ce serait bien qu'il fasse un 2e après.

Chez vos patients, le statut sérologique des femmes est il plus souvent connu que celui des hommes ?

Je ne sais pas.

Afin de mieux vous faire comprendre, avez vous eu à faire intervenir une tierce personne dans la gestion de ce dépistage?

Non, jamais eu de problèmes.

Quel est votre ressenti devant un résultat positif ?

Ça dépend les circonstances. C'est moi qui fait le dépistage, c'est moi qui fait l'annonce, voilà. Mais je n'organise pas le suivi. Après il est envoyé dans une consultation spécialisée, si on peut. Il y a Vernon, il y a Mantes.

Moins d'une dizaine. Chez tous ces patients, c'est moi qui avait fait le dépistage.

Quel est d'après vous le ressenti du patient devant un résultat positif ?

Ils ont fait face. Il y en a ça fait 17 – 18 ans qu'ils sont suivis, et puis il y en a d'autres qui malheureusement sont décédés.

J'interviens très peu. Ils font leur suivi par le spécialiste. Je reçois des mots.

Je les vois régulièrement, c'est 2 fois par an, minimum. Pour d'autres problèmes d'ailleurs.

Quels changements avez vous relevés, chez vos patients, après l'annonce d'un résultat négatif ?

Je ne sais pas trop. C'est comme les patients à qui je fais une ordonnance, ils ne la font pas. Il y en a peut être qui se contente du 1er résultat négatif.

C'est certain que les patients dont je sais qu'ils ont une chaude pisse, j'enfoncé le clou.

IV - Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration du dépistage du VIH chez les patients migrants africains ?

Au niveau de la politique nationale de santé

Dans la pratique quotidienne de la médecine de ville

Ça va être une méthode un peu à l'ancienne, fachisante. C'est le dépistage systématique à l'arrivée sur le territoire. Je pense à l'abandon des consultations d'arrivée.

Pas forcément chez le généraliste mais je sais que ça coûte aussi de l'argent à l'hôpital d'organiser ça. C'était 1 fois par mois, à l'époque quand j'étais étudiant, donc ils organisaient ça.

C'était un peu une consultation à la chaîne. Mais bon, on pourra organiser différemment les choses pour que ce soit plus humain mais en tout cas que ce soit effectif.

Par exemple, à Vernon, on a une consultation de démunis (le PASS) qui est organisée par des médecins de ville, dont je ne fais pas partie, mais qui le font systématiquement.

V- Avez vous des particularités à relever concernant la prise en charge médicale des migrants africains ?

Moi ce qui m'a choqué en particulier, au niveau médecin, c'est l'absence de traitement. Quand on a quelqu'un, qu'on fait un diagnostic, qu'il repart au pays et qu'il meurt là bas.

Il n'y a pas de problème au niveau observance ou suivi parmi ceux que je suis régulièrement.

VII - Comment vous êtes vous formé au VIH ?

Je suis né avec. Je suis une génération où on appris à manier ça, en tant qu'étudiant, à se former en tant qu'étudiant.

Bien sûr depuis, il y a une prise en charge thérapeutique qui s'est améliorée avec tout ça, mais bon que je n'ai pas trop à manager moi.

C'est certain que par moment je suis bien content d'avoir à ouvrir le livre au niveau thérapeutique pour voir un peu ce qui se fait, mais bon après, ce n'est plus mon job.

Résumé : La perception des généralistes sur le dépistage du VIH chez le migrant d'Afrique noire et du Maghreb, étude dans la région de la Haute-Normandie

Introduction

L'association entre les migrants africains et la pathologie du VIH n'est pas une chose surprenante pour le médecin généraliste. Cette étude qualitative porte sur la perception des médecins généralistes sur le dépistage du VIH chez ces patients dans la région Haute-Normandie.

Méthode

Entre Juin 2012 et Août 2013, 16 entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés dans des cabinets de médecins généralistes.

Résultats

La population de migrants africains en France est certes perçue comme une population à risque pour le VIH par les médecins généralistes interrogés. Cependant un dépistage ciblé de cette population soulève des problèmes éthiques pour ces généralistes.

L'incidence du VIH en France, qui concerne pour moitié des migrants, n'est pas connue des médecins généralistes interrogés, le refus du dépistage est exceptionnel parmi leurs patients migrants africains. L'instauration du dépistage systématique n'est pas connue par la majorité des généralistes interrogés.

Conclusion

Il y aurait un intérêt à sensibiliser davantage les médecins généralistes à adhérer au dépistage systématique du VIH dans l'ensemble de la population, en raison des nouvelles recommandations mais aussi en raison de leurs réticences au dépistage ciblé à une catégorie ethnique de la population.

Mots clés : Dépistage VIH, migrants, Afrique, médecins généralistes.

Summary : The perception of general practitioners on HIV testing of migrants from black Africa and north Africa, study in the Upper Normandy region, France

Introduction

The association between African migrants and pathology of HIV is not a surprise for many general practitioners (GPs). Our qualitative study focuses on perceptions by GPs of HIV testing in these patients in the Upper Normandy region.

Methods

Between June 2012 and August 2013, 16 individual semi-directed interviews were carried out at GP offices.

Results

The population of African migrants in France is well perceived as a population at higher risk for HIV by GPs interrogated. Targeted screening for this population raises ethical issues for these physicians. The HIV incidence in France, concerning for half the migrants is not known by GPs interrogated. The refusal of screening is rare among their patients who are African migrants. The introduction of routine screening is not known by the majority of GPs interrogated.

Conclusion

There would be an interest to enforce sensitization of general practitioners to adhere to routine HIV testing in the general population, because of the new French recommendations, but also because of their reluctance to target an ethnic group of the population such as migrants.

Key words : HIV screening, general practitioners, African migrants