



HAL
open science

Facteurs influençant le dépistage du VIH, du VHB et du VHC au CeGIDD, chez les patients migrants primo-arrivants d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés depuis la PASS du CHU à Bordeaux : analyse et propositions en vue d'améliorer la prise en charge dans cette population : étude qualitative

Vincent Baron, Ronan Tantot

► **To cite this version:**

Vincent Baron, Ronan Tantot. Facteurs influençant le dépistage du VIH, du VHB et du VHC au CeGIDD, chez les patients migrants primo-arrivants d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés depuis la PASS du CHU à Bordeaux : analyse et propositions en vue d'améliorer la prise en charge dans cette population : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03243401

HAL Id: dumas-03243401

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243401>

Submitted on 31 May 2021

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.

Année 2021



Thèses n°41A et n°41B

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue

Par Vincent BARON né le 02 juin 1989 à Paris et

Ronan TANTOT né le 21 octobre 1991 à Talence

Le 28 avril 2021

Facteurs influençant le dépistage du VIH, du VHB et du VHC au CeGIDD, chez les patients migrants primo-arrivants d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés depuis la PASS du CHU à Bordeaux.

Analyse et propositions en vue d'améliorer la prise en charge dans cette population : étude qualitative

Sous la direction de Monsieur le Docteur Augustin JOANNES

Membres du jury

Monsieur le Professeur François ALLA

Président du jury

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Isabelle LE HEN

Juge

Madame le Docteur Marie-Anne VANDENHENDE

Juge

Monsieur le Docteur Augustin JOANNES

Directeur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François ALLA, président du jury

Professeur de santé publique, Université de Bordeaux,
Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux.

Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci de l'attention que vous portez à notre travail. Veuillez-trouver ici le témoignage de notre considération et de notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Christophe ADAM, rapporteur de thèse

Professeur associé de médecine générale, Université de Bordeaux,
Médecin généraliste au sein de la maison de santé Saint-Augustin sur la métropole bordelaise.

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse et de le juger. Merci pour votre lecture attentive et les pistes de réflexion que vous nous avez fourni. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle LE HEN, juge

Docteur en médecine,
Médecin généraliste au sein de la Maison Départementale de la Promotion de la Santé.

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour vous être intéressée à notre travail et avoir accepté de le juger. Votre regard de responsable du CeGIDD de Bordeaux était indispensable à l'évaluation de ce travail.

A Madame le Docteur Marie-Anne VANDENHENDE, juge

Maitre de conférences des universités, praticien hospitalier,
Service de médecine interne et maladies infectieuses du CHU de Bordeaux.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Votre expertise en infectiologie permettra d'enrichir le jugement de ce travail.

A Monsieur le Docteur Augustin JOANNES, directeur de thèse

Docteur en médecine,

Service de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Bordeaux,
Médecin coordonnateur des Lits Halte Soins Santé de Bordeaux.

Merci pour ta bonne humeur, ta profonde gentillesse, ton regard bienveillant et ta disponibilité tout au long de ce travail. Tu ne nous as jamais laissés tomber malgré ton investissement quotidien auprès de tes patients ainsi que l'obtention de ton concours de praticien hospitalier et le travail fourni pour ton DU de soins palliatifs. Tu as su nous guider à merveille dans ce travail et tu n'as pas eu peur de te lancer dans ta première direction de thèse. Nous espérons que tu seras fier de notre travail. En tout cas nous, nous sommes reconnaissants, chanceux et fiers de t'avoir eu comme directeur de thèse.

Aux personnes et structures qui ont rendu ce travail de thèse possible.

Merci aux professionnels de la PASS du CHU de Bordeaux. Votre accueil a toujours été chaleureux et aidant notamment pendant la réalisation des entretiens. Une pensée particulière à Karine, agent d'accueil à la PASS de Saint André, tu nous as très gentiment facilité l'organisation pratique de nos entretiens. Merci à Sophie, assistante sociale à la PASS de Pellegrin, tu n'as pas hésité à retrousser tes manches pour nous aider dans le travail préparatoire de cette thèse. Merci à Marie, médecin de la PASS Saint-André, pour tous tes conseils bienveillants autour de la conception, de la rédaction et de la soutenance de ce travail. Enfin, de la part de Ronan, merci à tous les professionnels de la PASS dans leur ensemble pour m'avoir accompagné pendant la longue gestation de ce travail, pour votre disponibilité et votre complaisance m'ayant permis de prendre le temps nécessaire à cette rédaction, ainsi que plus globalement pour tout le plaisir que je prends à travailler au sein de cette équipe.

Merci à tous les professionnels de la MDPS et notamment à Madame Corinne VINCENT qui nous a apporté son aide pour le travail préalable à cette thèse.

Enfin, un grand merci à Madame Ana RIVADENEYRA, maitre de conférences associée à l'Université de Bordeaux, enseignante et chercheur à l'ISPED de Bordeaux. Sans vos précieux conseils ce travail de thèse n'aurait jamais pu voir le jour. Vous nous avez toujours accueilli avec le sourire et un enthousiasme sans borne. Même en période de COVID19 vous avez accepté de délocaliser l'enseignement cet été afin de répondre à nos questions. Vous nous avez guidés sans jamais imposer votre point de vue mais en nous permettant de faire émerger les réponses par nous-même. Nous vous serons éternellement reconnaissants pour votre expertise et votre pédagogie.

Merci à nos familles et ami(e)s pour votre soutien sans faille.

Merci également aux participants à ce travail, pour avoir bien voulu répondre à nos sollicitations et avoir pris de votre temps dans un contexte complexe.

Remerciements de Vincent :

A mes chers parents qui n'y croyaient plus. Et bien voilà c'est fait, mon travail de thèse est fini, vous voilà à la retraite ! Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, de n'avoir jamais délaissé votre rôle de parents que vous tenez si bien. Je pense que si j'ai choisi cette belle profession c'est grâce aux valeurs que vous m'avez enseignées, l'amour, le respect de l'autre, l'entraide, la protection des personnes en difficulté et de s'accrocher en cas de tempête sans jamais baisser les bras ni renoncer. Je compte sur vous pour continuer à m'appeler Vinçounet, me dire comment je dois me tenir à table et vous rendre des comptes sur toutes mes bêtises. En revanche maman si tu pouvais arrêter de dire à tes copines que « mes stages » se passent très bien alors que ça fait plus de trois ans que je travaille et Papa ne t'inquiète pas je n'ai plus besoin d'argent de poche pour aller m'acheter des bonbons.

A mon gros Toinou, tu es un grand frère en or. Ta curiosité, ton amour des gens, ta poésie, ta folie m'ont servi de modèle. Le jour où je t'ai vu cracher du feu sur une plage en Thaïlande je me suis dit : « Ok celui-là il pèse dans le game et la bonne nouvelle c'est qu'il est dans ma team » ! Je te regarderai toujours avec les yeux de l'amour et de la fierté d'un petit frère. Et je suis trop content de te savoir heureux avec Sophie que tu as particulièrement bien choisie et que j'ai la chance d'avoir pour belle-sœur.

A Philippe, tu as assumé ton rôle d'oncle et de parrain à merveille pendant ces sept années passées ensemble. Merci de m'avoir nourri (bon, les algues je n'en garde pas un très bon souvenir...), transmis l'amour de la forêt et de notre belle région qu'est la Franche-Comté. Nos marches en pleine nature et nos sessions bucheronnage m'ont été vitales pendant ces longues études. Sans ton soutien je me serais senti bien seul. Hâte de rencontrer Marie et de pouvoir l'accueillir dans la famille.

A Xavier, tu as ouvert la voie de la médecine dans la famille Baron et quelle belle idée. Merci d'avoir pris le temps de me l'avoir fait découvrir alors que je n'étais qu'en troisième. J'ai choisi de m'occuper des gens éveillés plutôt que de ceux qui dorment mais ce choix de profession a été guidé par ton exemple. Merci également de nous avoir offert avec Valérie ces deux merveilleux cousins. Hector et Suzanne. Nous ne nous voyons pas autant que je le souhaiterais mais à chaque fois c'est un réel moment de bonheur que je chéris.

A ma regrettée grand-mère, tu as été de loin la première à croire en moi. Dès ma classe de troisième tu disais à toutes tes amies que je serai un très bon médecin. Tu utilisais bien le futur et pas le conditionnel parce que pour toi c'était une évidence de grand-mère aimante. Tu n'étais malheureusement plus là quand on a su que j'avais eu ma première année mais ton assurance et ta fierté ne m'ont jamais quitté.

A Pierrot. Merci de me faire rêver depuis mon plus jeune âge avec tes chevaux et surtout tes magnifiques poulains qui gambadent dans les beaux champs de Saint Julien le ventre plein

de bonne herbe. VuVu est un des plus beaux cadeaux si ce n'est le plus beau cadeau de ma vie. Merci pour ta confiance et ton amour des chevaux que je partage avec toi.

A Pauline et Clément, vous êtes parmi mes plus beaux souvenirs d'enfance. Je souhaite à tout le monde de connaître ce lien d'amitié indéfectible qui nous unit. Les chasses aux trésors, les nuits sous la tente à 50 mètres de la maison, la fabrication du pain (dont la pâte colle toujours autant aux doigts et le résultat est toujours aussi dégueulasse...), les ateliers pâte à sel, les heures passées dans le box de Baronne, et à jouer dans le garage, bref tous ces moments uniques qui bercent mes nuits quand j'essaie de penser à des moments magiques pour trouver le sommeil. Et Clément je compte sur toi pour déblayer le terrain parce que je n'ai toujours pas abandonné l'idée de me lancer dans l'élevage de chevaux et j'aurai besoin de tes compétences agricoles.

A Margaux et sa famille. Nos arrières grands-pères ont été inspirés d'être amis et nos mamans de passer le flambeau !!!! J'ai toujours pensé que ton rire reconnaissable entre mille et ton humour devraient être remboursés par la sécu. C'est à chaque fois un bonheur de te retrouver et maintenant je suis tellement heureux de pouvoir admirer bébé Léon que vous avez particulièrement bien réussi avec Chris. Mon nouvel objectif venir vous voir plus souvent et tenter de vous attirer ici. Et promis j'essayerai de vous expliquer les méandres de la MSA quand vous aurez monté votre exploitation agricole.

A Benoît et sa famille. Merci pour tout ce que vous faites pour VuVu et moi. Valérie, Paul et Thomas merci de votre accueil toujours aussi chaleureux. Benoît, grâce à ton immense générosité en plus d'être médecin je me sens cavalier presque professionnel (prêt à faire de la 140), agriculteur, mécanicien, maçon, charpentier, couvreur, plombier, bucheron, expert en rhum, critique culinaire... Ton savoir encyclopédique sur toutes ces disciplines me motiverait presque à repasser une thèse que tu dirigerais. J'en ai parlé à Dora elle serait ok pour être présidente du jury, on ne va pas s'ennuyer et vu ses goûts culinaires le buffet va être sympa...

A Christo et Camillou mes rayons de soleil Bordelais. Je suis tellement chanceux de vous avoir et nos Vendredi soirs sont sacrés. Depuis cette marche sur les chemins de Saint Jacques la Mecque je sais que vous êtes faits l'un pour l'autre et je suis trop fier d'être l'un des témoins de ce bel engagement. Merci d'être des amis si fidèles.

A TiTi mon « voisin pas comme les autres ». Merci pour tous ces rhums arrangés qui sont notre carburant au quotidien. Rentrer d'une journée de boulot et retrouver tes petites merveilles ça n'a pas de prix. Ta philosophie de vie est tellement belle : prendre son temps, kiffer au quotidien, ne jamais regarder l'heure et surtout se lever quand on n'est plus fatigué même si ça pousse jusqu'à 15h00... Aller Tchao la bise.

A LuLu, LauLau, GiGi et Jadasse. C'est tellement scandaleux que l'on ne puisse pas se voir plus mais c'est le problème des parisiens, leur faire passer le périphérique est une vraie épreuve. En vrai je vais essayer de rentrer plus souvent parce que vous me manquez

beaucoup trop et de seulement penser à vous ne suffit plus. LauLau je crois toujours qu'un jour je finirai dans une des salles de consultation de ton cabinet mais chut c'est un secret... GiGi ta folie douce et tes phrases non terminées me manquent. LuLu et Stéphane je ne sais même pas quoi dire quand je réalise que je n'ai toujours pas vu Noé... Jadasse merci de mener pour nous la vie dont on rêve tous. J'attends à chaque fois tes messages avec tellement d'impatience, ils valent tous les romans du monde. Vous me manquez, se voir plus souvent devient une nécessité.

A Adri le moins franc comtois des francs comtois. Parfois quand je me trouve dans une situation délicate je repense à toi en haut du mur pendant nos cours d'escalade du soir et je me sens tout de suite mieux. Heureusement tu sembles être un bien meilleur urgentiste que grimpeur. Je compte sur toi pour continuer à me faire baver d'envie quand tu me dis tes destinations de voyage ou de boulot / voyage.

A Ju le plus franc comtois des francs comtois. Quand je pense que je t'ai quitté tu étais étudiant et tu vivais chez tes parents et maintenant tu as ta baraque, tu vis avec Pauline, tu as un post de PH, mais qu'est ce qui s'est passé ?????? Hahaha je suis trop fier de toi mon poulet par contre va falloir que tu me montres tout ça. Et si ta maison est aussi propre que ta voiture à l'époque promis j'enlèverai mes chaussures.

A Fatoune la plus Lyonnaise des franc comtoises. En fait j'ai envie d'énumérer tous les surnoms avec lesquels on a pu s'appeler mais la décence m'en empêche et ça m'embête. Merci de m'avoir fait tellement rire pendant toutes ces années et de m'avoir un peu brutalisé aussi. Tes patients ont de la chance de t'avoir comme médecin parce qu'en plus d'être une machine tu vends du rêve. ThankssssSSSSSSSSSSSSSSSSSS

A mes Arcachonnais. Merci pour ce semestre de rêve. Quand j'ai dû vous quitter pour Lesparre j'ai cru ne pas y arriver !!! Augui, la première fois que je t'ai vu tu essayais de choper tous les VD du début de semestre à une réunion d'attribution des gardes. En vrai j'étais mortifié mais tu paraissais être un phare dans la tempête tu avais l'air si grand et si sûr de toi, j'ai donc levé ma main pour le VD suivant sauf que le Lundi était férié et que du coup bah je me suis fait niquer... Après le semestre faisant, ton image a quelque peu changé dans ma tête surtout après avoir vu l'ampleur de ton talent en soirée. Puis tu es devenu un ami hors norme, un voisin, un pote de vacances, on a été confinés ensemble et tu as même réussi à choper la casquette de directeur de thèse... Merci pour tout ça et pour ta générosité, ta culture sans limite, tes idées bien faites et surtout tes déguisements (tu es mon étoile hahaha) ... KléKléK, un océan c'est si peu à franchir pour avoir la chance de te rejoindre sur une plage en Guada !!! Merci de nous faire partager ta douce folie et ta moellitude. Ton amitié fidèle en toute circonstance est précieuse et ces derniers temps je n'ai pas été à la hauteur. Il faut absolument que je vienne à PPPPPAAAAAAUUUUUU découvrir ta belle famille. Je te couvre de paillettes. JoJo la plus clarinettiste des internes que je connaisse. Ta joie de vivre si communicative vaut de l'or. Il suffit de te regarder pour avoir le sourire et se marrer. Ton mariage était tellement incroyable et plein d'amour. Hâte

de découvrir ta nouvelle maison. Al la classe incarnée, la pseudo froideur qui réchauffe le plus le cœur, je suis tellement heureux de pouvoir te compter parmi mes amis et ne pas trembler quand je te rencontre parce qu'en vrai tu es tellement smoothie et délurée sous ton masque. A Louissette, tu es devenue maman mais j'ai loupé beaucoup trop d'épisodes. Il faut que l'on se retrouve pour que tu me racontes tout ça. Et je ne te remercierai jamais assez d'avoir fait le déplacement pour accueillir VuVu dans ses nouvelles écuries. Thib merci pour ta générosité, tu as repris des gardes pour me soulager alors même que tu n'étais pas sur le tableau... Et tes avis sur les prises en charges des patients aux urg valaient de l'or. Et surtout, surtout merci de m'avoir fait aimer Etienne Daho. YoYo je crois définitivement que tu es un être à part. Ta vie mystérieuse me fascine. En tout cas je serai toujours trop trop content de te retrouver pour partager un bon moment autour d'un bon repas ou d'un verre. LauLau notre beauté des îles. Je suis trop content de te savoir heureuse à Paris. Désolé pour les quelques cafouillages, lors de ton arrivée, tu sais bien l'organisation et moi... Sanouille tu es la gentillesse et la patience incarnée. J'ai tellement aimé partager ce bureau avec toi pendant six mois et je persiste : on ne peut pas bosser avec un humérus fracturé et non on ne passe pas ses vitesses avec sa main gauche quand le bras droit est pété.

A ma team VSL. Grâce à vous j'ai vu le Lot Et Garonne comme un département d'avenir. Enfin sauf quand DoDo tu organisais des visites touristiques ça nous calmait tout de suite. Merci pour ce semestre de folie et ces week-ends passés ensemble. DoDo les longs trajets en voiture sans tes chansons sont tellement agréables. Katellou je rêve tellement que tu me fasses découvrir le festival interceltique et la passion de la moto. Thildou tu es une des rares vraie Bordelaise à faire partie de mes amis et j'en suis fier. Mignon tu es partie beaucoup trop loin mais Estellou à fait pire donc bon... J'espère vous revoir très vite quand même vous me manquez. JuJu tu es la preuve que les médecins légistes peuvent être trop stylés comme ta vie l'est d'ailleurs avec Geo et ton bébé et tes quatre pattes. Carotte tu as rendu un de mes remplacement dans le Lot Et Garonne rayonnant grâce à te rencontre surprise. Riton tu es mon modèle de père de famille, avec Claire-Ma vous avez la classe et si votre vie de famille est aussi réussie que votre mariage ça promet du lourd. CriCri tu es retourné à Tour probablement pour la spécialité de cette ville « les rillettes du Mans ». J'ai trop hâte de vous retrouver et que l'on puisse se faire encore des week-ends en autarcie tous ensemble dans une super maison.

A ma team CREV !!! Ce n'était pas gagné vu la charge de travail mais vous avez réussi à rendre ce semestre incroyable. Qu'est ce qu'on a pu rire dans ce service avec nos petits patients !!! Concon même tes râleries étaient douces et agréables. Les petits patients qui vont vivre des moments difficiles auront tellement de chance de t'avoir comme pédiatre, je suis admiratif de ton choix de spécialité. Caro ton humour décapant, plus tes lancés de jambe, plus tes claquements de portes, plus tes mots saugrenus ont rendu ce semestre fort en émotion. Merci d'être toujours aussi présente pour les autres. Ta générosité est sans limites. Tes connaissances médicales et ta qualité de médecin m'ont toujours impressionné et ce qui est dommage c'est que tu ne t'en rends pas compte. Eclate toi à l'EFS et garde en

tête que tu trouveras toujours ta voie parce que tu le mérites. Elo je suis désolé je ne gère pas l'Allemand sinon j'aurai bien tenté une petite dédicace... Tu es partie bien trop loin, Bordeaux n'est plus la même ville depuis ton départ. Tu nous manques et le pire c'est que je te souhaite quand même de t'épanouir dans l'Est parce tu sais bien que je souhaite que le meilleur pour toi. BoBy par contre toi si tu pouvais partir... bon je ne vais pas écrire tout le mal que je pense de toi parce que le papier ça coûte cher. Lucie je souffre tellement pour toi depuis que Disney Land a fermé à cause de cette putain de pandémie. Je ne sais pas comment tu arrives à survivre à un tel drame... J'espère au moins que ton préjudice moral a été indemnisé. En vrai ta folie enfantine était un vrai rayon de soleil.

A Mariem, Maxime, Julia et l'ensemble des cavaliers de châteaux Roger. Merci d'avoir rendu mon semestre dans le Lot Et Garonne si agréable. Vous m'y avez fait revenir pour des remplacements et presque douter pour une potentielle installation. Continuez à profiter de votre belle région et à vous épanouir et réussir ce que vous y entreprenez.

A la team des cavaliers des Ecuries Drouillat ! Je fais comme VuVu quand il trie son foin, je garde le meilleur pour la fin haha. Merci d'être toujours souriants, aidants et de m'avoir soutenu pendant ces quelques mois un peu compliqués avec VuVu. PauPau merci pour tous tes précieux conseils à cheval. Grace à toi j'ai cette douce sensation de bien monter enfin sauf que je te vois sur VuVu faire en deux / deux ce que je mets des mois à obtenir. Tous ces moments partagés ensemble me sont chers. Par contre sur l'alcool fait un effort parce que la ce n'est plus possible hahaha. Marie crois moi je fais tout pour rester calme en écrivant ces lignes, je te promets JE PRENDS SUR MOI PARCE QUE J AI ENVIE DE TOUT PETER !!!!!!!!!!! Et la bise à GuiGui, premier fan de VuVu. Axellou et LiLou tellement hâte d'accueillir Théo et de pouvoir le voir bien grandir. Vous êtes la famille modèle pleine de bonheur. Laeti merci pour ton renforcement positif et ce petit surnom qui fait du bien... Julie et Gino, vous êtes en or !!!! Merci pour votre gentillesse et votre humour ravageur. Trop hâte de vous voir et vous aider à vous installer dans votre belle maison. Paulo merci de me prêter sans broncher ton tracteur qui pourrait bien nous emmener jusqu'à Paris tellement tu le bichonnes. On se rejoint sur la passion du cheval mais également de tout ce qui va à côté, à ce propos hâte de repartir faire les foins en ta compagnie.

Et bien sûr merci à toi Ronan. Cette thèse qui parfois m'a fait suer m'a au moins permis cette très belle rencontre !!! Ça a été un vrai bonheur de bosser avec toi. Tu es un acharné de travail et j'admire ton sens de l'analyse et ta capacité à synthétiser nos idées. Je ne t'ai pas toujours facilité la tâche mais tu ne t'es jamais plaint et pour ça je te remercie. Les équipes soignantes avec qui tu bosses ainsi que tes patients sont chanceux de t'avoir. A très vite pas pour une nouvelle thèse mais pour profiter un peu.

Enfin merci à toutes les incroyables personnes que j'ai eu la chance de croiser tout au long de mes études. Chefs, infirmières, aides-soignants, et ASH j'admire tellement votre engagement personnel dans ces beaux métiers auprès des patients et votre accueil pour nous étudiants en formation.

Je suis maintenant donc prêt à prendre la suite Dr. Pelgé. Merci pour ton accueil si chaleureux. Je suis ravi de me lancer dans la médecine générale dans ce si beau cabinet et avec cette belle patientèle que tu as faite à ton image au cours de toutes ces années. Je vais essayer d'être à la hauteur même si pour beaucoup de patients le jour où tu raccrocheras définitivement la blouse il n'y aura plus de médecins en ville hahaha. Et Stéphanie j'ai trop hâte des partager ces milliards de futures pauses ensembles et que tu me fasses découvrir les joies de la compta faite au cordeau et de l'administratif. Prévois d'être patiente parce que tu as bien vu que ce n'était pas mon fort... Merci pour tout.

Remerciements de Ronan :

A ma famille, à ma mère et à mon père et à mes frères Charly et Lilian, à mes grands-parents Louissette et Pierre et à ma grand-mère Josette, à mon oncle Francis et à Isabelle, à Frédéric, pour m'avoir soutenu et aimé bien longtemps avant ainsi que pendant toute la durée de ce parcours, je vous remercie de tout mon cœur et je vous envoie tout mon amour inconditionnel durant cette soutenance à distance et pour bien plus longtemps après. Je vous dois tout ce que je suis.

A Sarah, mon amour, avec qui je partage ma vie depuis de longues années déjà. Tu as suivi et subi plus que quiconque les aléas de mon internat. Tu m'as sans arrêt soutenu et supporté dans mes choix et tu as été le poumon qui m'a permis d'avancer. Tu as su toi-même traverser tes épreuves en ma compagnie et devenir la personne admirable que tu es. Surtout nous avons été ensemble dans tous ces moments. Même si exprimer tout ce que je te dois m'est impossible, je te remercie avec la plus grande tendresse.

A Rémi, mon frère de cœur, nous nous connaissons depuis les couches et pourtant nous nous apprécions encore. Nous avons traversé toutes les strates de l'enfance, de l'adolescence et de la vie d'adulte. Nous nous sommes vus pendant toutes nos années d'étude douter, bifurquer, progresser et exalter. Je voudrais te remercier pour l'amour que tu projettes sur nos amis et moi, et la confiance indéfectible que tu me portes et que j'essaye de te rendre. Nous avons passé plus de temps ensemble qu'avec n'importe quelle autre personne hors de nos familles, quand bien même je ne regrette aucun moment passé en ta compagnie, et je souhaite en connaître bien d'autres.

A Arnaud, quel parcours tu as eu, tu as dévoilé dans toute sa grandeur une solidité d'esprit que l'on devinait déjà au lycée, et que tu maries parfaitement à la sensibilité que l'on te connaît. Je voudrais te remercier pour l'indéfectible sincérité et honnêteté dont tu fais preuve, tu es un roc de valeurs que j'admire. Merci d'être mon ami.

A Christophe, soleil de bonne humeur et d'amour envers tes amis, ta science de la compréhension d'autrui est un trésor dont j'essaye de voler quelques diamants. Merci pour toutes ces années d'amitié et pour les prochaines.

A Benjamin, l'envie dont tu fais preuve pour avancer me paraît à la fois comme une tour inatteignable et comme un repère pour me permettre de garder un cap. Je te souhaite d'atteindre ce à quoi tu aspiras autant que je nous souhaite de rester amis le plus longtemps possible.

A Matthieu V, partenaire de galères de bibliothèque, d'exploits rugbystiques, de fêtes de rue nocturnes et surtout d'amitié sincère, tu as une résilience et une force mentale comme j'en ai peu vu et dont je m'inspire depuis un moment maintenant, en doutait-on. Je te souhaite que la suite soit belle et que l'on poursuive ensemble ce chemin !

A Nicolas, pirate de l'apéro et cuisinier des assoiffés, merci pour la générosité dont tu as su faire preuve pendant toutes ces années pour rassembler, encore et toujours, sans relâche, et avec tant d'énergie, et au plaisir de se retrouver bientôt tous les deux autour de plusieurs verres. Merci pour tous ces grands moments partagés, de Gradignan à Biscarosse, de la rue Mouneyra aux Abymes, et j'espère pour un beau futur.

A Louis, tête dure du front et aux méninges bien pleines, au verbe et à la plume acérés et sensibles, merci pour tous nos échanges, ces moments de rire précieux, et tout simplement toutes ces années d'amitié.

A Matthieu B, vieux grognard et perle de gentillesse, nous partageons la science des silences signifiants et de la discrétion, mais aussi de l'amour tu. Que nos bouches se délient un peu plus pour s'avouer nos pensées tendres, et un peu moins pour s'hydrater jusqu'à plus soif, quoi que.

A Amine, puits sans fond d'amitié et d'énergie, sois remercié pour la force de caractère que tu dégages et dont nous nous nourrissons à tes côtés.

A Corentin D, merci pour ces centaines d'heures accumulées de discussion, merci de pouvoir profiter de ta science et de ton émerveillement permanent.

A Marion, merci pour cette incroyable sensibilité et l'intelligence que tu mets au service de la parole, pour tous ces éclats de rire radieux et l'énergie à mettre tes principes en actes.

A Marie, merci pour la confiance que tu dégages, pour la force et la droiture exemplaires dans l'effort de travail et un peu moins dans les jeux de société dont toi seule connaît les règles !

A Camille, merci pour cet amour des belles esthétiques et des bons amis et pour la joie que tu dégages et dont nous profitons à chaque occasion.

A James, merci pour toutes les fêtes, dans tes terres ou sur les nôtres, les exploits sportifs à ski ou devant la télé, toujours ponctués d'éclats de rire contagieux.

A Paul et Fanny, merci pour toutes les fois où l'on a partagé des verres, des rires, des moments de camaraderie, pendant des bizutages subis et rendus, des soirées jusqu'à Hossegor. Je vous souhaite le meilleur !

A Laura, merci pour ta bonne humeur et ta ténacité à continuer de m'inviter en terres nantaises ! Au plaisir de reboire un verre ensemble.

A Louis, merci pour ta motivation sans égale, pour la découverte de la diversité de la culture auvergnate (principalement la truffade il faut le dire), et un peu moins merci pour ta science du pilotage, automobile ou pédestre.

A Corentin B, merci pour tous les bons moments accumulés depuis Mont-De, pour ta verve tranchante et pour l'amour partagé du bon son et de l'épicurisme.

A Joris, merci pour l'acuité d'esprit dont tu fais preuve sans emphase, pour ta générosité en amitié, pour la lumière que tu dégages et bien sûr pour tes bons conseils de présentation de slide.

A Kheloufi, Testé, Marion, Sarah, Cécile, pour toutes ces soirées sous le soleil couchant ou à l'ombre des zincs de bar, merci et à très vite je l'espère.

A tous mes joyeux compagnons, à Etienne, Léna, Hugo, Mathilde, Quentin, Thomas, Oriane, Arnaud, Henri, Arthur, Manu, Julien, Benben, Jérôme, Martin, Gab, Ugo, et tous ceux que j'espère ne pas oublier, merci pour tous ces souvenirs entassés de plaisirs partagés autour des tables, autour de la musique, et surtout autour du thème de la franche camaraderie.

A Benjamin, Thibault F, Thibault H, Marie, Noémie, Sarah, Cyril, merci pour tous ces grands moments de fêtes et de bonheur pendant ces années d'études !

A Coralie, Audrey, Bastien, Clément, Adrien, Marion, Olivier, Astrid, Carla, Marie C, Damien, Margot, Marie H, Gauthier, Jules, Alex, Clément, Giulia, François et tous les autres de Mont-De, merci pour ce semestre incroyable et toutes les dingeries qui ont suivi !

A Julie, Théo, Hélène, Clément, Juliette, Fufu, Margaux, Renaud, Rémi, Adeline, merci pour ces beaux et bons souvenirs et à l'avenir !

Et enfin à toi, Vincent, pour cette rencontre, pour ta bonne humeur et ton amour de la médecine générale et de tes patients qui te le rendent bien, pour que l'on se soit soutenu sans heurts et sans bavure, et pour tout le travail fourni, encore un grand merci ! A très bientôt pour un peu moins de prises de têtes et un peu plus de détente !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
1. EPIDEMIOLOGIE DU VIH ET DES HEPATITES B ET C DANS LE MONDE	22
1.1. Situation de l'épidémie du VIH	22
1.2. La situation des hépatites virales chroniques B et C	22
1.3. La place particulière de la région de l'Afrique sub-saharienne selon l'OMS	24
2. LA SITUATION EN FRANCE	24
2.1. L'épidémie de VIH en France et les groupes à risque.....	24
2.2. Les hépatites virales B et C en France	26
2.3. Action et dispositif de santé publique pour la lutte contre les épidémies de VIH de VHB et de VHC en France.	26
2.4. Focus sur les patients migrants : une population à risque.....	29
2.4.1. Contexte migratoire actuel en France	29
2.4.2. Définitions : différents statuts	30
2.4.3. La migration comme facteur de précarité.....	31
2.4.4. L'obtention d'une assurance maladie : un des principaux obstacles à l'accès aux soins.....	33
3. LE PARCOURS DE SOIN DU DEPISTAGE DU VIH DU VHB ET DU VHC CHEZ LE PATIENT MIGRANT PRIS EN CHARGE A BORDEAUX	34
3.1. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	34
3.1.1. Le dispositif PASS et son application	35
3.1.2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Bordeaux.....	35
3.2. La Maison Départementale de la Promotion de la Santé de Bordeaux.....	36
3.3. Une évaluation en partenariat.....	37
4. LES FACTEURS D'ADHESION ET DE NON ADHESION AUX SOINS ET AU DEPISTAGE	38
OBJECTIFS.....	41
MATERIEL ET METHODE.....	42
1. LE CHOIX DE LA METHODE.....	42
1.1. La méthode qualitative	42
1.2. Choix de la technique d'entretien.....	43
1.2.1. L'entretien individuel	43
1.2.2. L'entretien semi directif	43
1.3. Le guide d'entretien	44
2. MATERIEL	46
2.1. La population de l'étude	46
2.1.1. La délimitation de la population d'étude	46
2.1.2. La variabilité de l'échantillon	47
2.2. Préparation des entretiens	48

2.3. <i>Création de l'environnement d'entretien et réalisation des entretiens</i>	48
2.4. <i>Retranscription des entretiens</i>	49
2.5. <i>Analyse</i>	50
RESULTATS	51
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	51
1.1. <i>Recrutement</i>	51
1.2. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	53
2. PRESENTATION DES RESULTATS	54
2.1. <i>Schématisation des résultats</i>	54
2.2. <i>Facteurs individuels</i>	58
2.2.1. <i>L'intérêt personnel pour la santé</i>	58
2.2.2. <i>Perceptions des maladies</i>	60
2.2.3. <i>Perceptions du dépistage</i>	65
2.2.4. <i>L'influence d'évènements de vie</i>	71
2.2.5. <i>L'influence des conditions socio-économiques individuelles</i>	73
2.3. <i>Facteurs intermédiaires</i>	76
2.3.1. <i>L'influence des interactions avec l'entourage social</i>	76
2.3.2. <i>L'influence des interactions avec les soignants</i>	81
2.3.3. <i>L'influence du contexte et des conditions de vie</i>	85
2.4. <i>Facteurs structurels</i>	88
2.4.1. <i>L'influence de la diffusion des messages de prévention</i>	88
2.4.2. <i>Les facteurs liés à l'aménagement urbain local</i>	89
2.4.3. <i>Le contexte de santé global et l'organisation des soins</i>	92
2.4.4. <i>Les spécificités juridico-administratives du statut de migrant</i>	99
DISCUSSION	101
1. METHODE	101
1.1. <i>Forces</i>	101
1.1.1. <i>Validité externe</i>	101
1.1.2. <i>Validité interne</i>	101
1.2. <i>Limites</i>	102
1.2.1. <i>Validité externe</i>	102
1.2.2. <i>Validité interne</i>	102
2. RESULTATS	103
2.1. <i>La différence des niveaux de perceptions, croyances et connaissances entre les hépatites virales chroniques et le VIH</i>	105
2.2. <i>Les perceptions liées au dépistage</i>	110
2.3. <i>Les conditions de vie précaires et l'isolement</i>	112
2.4. <i>La barrière de la langue</i>	113
2.5. <i>La relation soignant/patient et l'accompagnement</i>	114
2.6. <i>Les modalités d'accès au dépistage</i>	116

CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	120
1. LES OBJECTIFS DE SANTE PUBLICS FIXES PAR LE HCSP ET LA DGS AUPRES DES DIFFERENTS ACTEURS....	120
2. L'APPORT DE LA RECHERCHE EN LITTERATIE EN SANTE	123
3. L'APPROCHE DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN SANTE PUBLIQUE	124
4. PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	125
BIBLIOGRAPHIE :.....	126
ANNEXES	132
ANNEXE 1 : PRINCIPALES NATIONALITES DES PRIMO-DEMANDEURS D'ASILE SELON L'OFPRA EN 2019 ..	132
ANNEXE 2 : ETUDE PASS MDPS 2018-2019	133
ANNEXE 3 : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	134
ANNEXE 4 : DECLARATION DE CONFORMITE A UNE METHODOLOGIE DE REFERENCE MR III AUPRES DU CNIL	135
ANNEXE 5 : AVIS FAVORABLE DU CPP SUD-MEDITERRANEE II	136

LISTE DES ABREVIATIONS

AFEF : Association Française pour l'Etude du Foie
Ac anti-HBc : Anticorps du noyau de l'hépatite B
Ac anti-HBs : Anticorps de surface de l'hépatite B
Ag HBs : Antigène de surface de l'hépatite B
AME : Aide Médicale d'Etat
ADN : Acide DésoxyriboNucléique
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales
ARN : Acide RiboNucléique
ARS : Agen Régionale de Santé
C : Chercheur
CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CeGIDD : Centre Gratuit de Dépistage et de Diagnostic
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE : Comité pour la santé des Exilés
COVID-19 : Coronavirus Disease 2019
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CSS : Couverture Santé Solidaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DSUV : Dispositif des Soins Urgents et Vitaux
HAS : Haute Autorité de Santé
HBM : Health Belief Model
HCSP : Haut Comité à la Santé Publique
HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MDM : Médecins Du Monde
MDPS : Maison Départementale de la Promotion de la Santé
MDS : Maison Départementale de la Santé
MNA : Mineurs Non Accompagnés
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMa : Protection Universelle Maladie
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
R : Répondant
RQDA : R package for Qualitative Data Analysis
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e
TBM : Tram et Bus de la Métropole
TROD : Test Rapide d'Ori entation Diagnostique
UDI : Usagers de Drogues Injectables
UE : Union Européenne
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficienc e Humaine

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : Région Afrique de l’OMS
- Figure 2** : Evolution du nombre de demandeurs d’asiles selon l’OFPRA
- Figure 3** : Modèle éco-social de Dahlgren et Whitehead
- Figure 4** : Health Belief Model
- Figure 5** : Résumé de la grille d’entretien
- Figure 6** : Diagramme de Flux
- Figure 7** : Schématisation des résultats : facteurs influençant négativement le dépistage
- Figure 8** : Schématisation des résultats : facteurs influençant positivement le dépistage et propositions
- Figure 9** : Intérêt personnel pour la santé
- Figure 10** : Perceptions des maladies
- Figure 11** : Perceptions du dépistage
- Figure 12** : Influence d’évènements de vie
- Figure 13** : Influence des conditions socio-économiques individuelles
- Figure 14** : Influence des interactions avec l’entourage social
- Figure 15** : Influence des interactions avec les soignants
- Figure 16** : Influence du contexte et des conditions de vie
- Figure 17** : Influence de la diffusion des messages de prévention
- Figure 18** : Facteurs liés à l’aménagement urbain local
- Figure 19** : Contexte de santé global et organisation des soins
- Figure 20** : Spécificités juridico-administratives du statut de migrant

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1** : Caractéristiques des répondants

Introduction

1. Epidémiologie du VIH et des hépatites B et C dans le monde

1.1. Situation de l'épidémie du VIH

Depuis le début de l'épidémie, les maladies liées au SIDA sont à l'origine de 33 millions de décès dans le monde dont 690 000 en 2019 (1). Il est maintenant bien connu que le VIH est une infection sexuellement transmissible, il se transmet également par le sang et ses dérivés et il existe enfin une transmission mère-enfant. Son traitement repose sur les antirétroviraux.

Evolution épidémiologique :

Grace aux avancées médicales et aux différentes politiques de santé publique il semble qu'il y ait un certain progrès avec une diminution des contaminations dans le monde. Le rapport publié par la Global HIV Prevention Coalition en 2020 (organisation qui rassemble les 28 pays du monde les plus à risque) révèle que les nouvelles contaminations chez les adultes ont baissé de 17 % en moyenne depuis 2010 dans ces pays (2). Ce bilan reste bien en deçà des 60% qui auraient été nécessaires en 2018 pour atteindre les objectifs mondiaux de prévention du VIH fixés par le programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA (3).

Fin 2019 l'OMS estimait que dans le monde 38 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 1,7 millions avaient été infectés au cours de l'année 2019. Les personnes de 15 à 49 ans représentent 60% de ces nouvelles infections dans le monde (1).

Le rapport de l'ONUSIDA précisait qu'en 2019 parmi toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde seulement 81 % connaissaient leur statut VIH (4). Ce qui présente un double problème, à la fois personnel avec l'absence de traitement s'ils sont accessibles, et également un problème de santé publique devant le risque de contamination majeur.

Cette maladie reste donc un réel enjeu de santé publique et politique au niveau international surtout au vu des disparités qui existent entre les différents pays et régions du monde.

1.2. La situation des hépatites virales chroniques B et C

Selon le rapport mondial de l'OMS sur l'hépatite pour 2017, les épidémies d'hépatite virale B et C touchent 325 millions de personnes dans le monde, soit dix fois plus que l'épidémie du VIH / SIDA (5).

Ce rapport indique que dans leur grande majorité les personnes atteintes d'hépatites virales B et C n'ont pas accès aux dépistages et aux traitements qui pourraient leur sauver la vie, notamment dans les pays en voie de développement. Par conséquent, des millions de personnes sont confrontées au risque d'évolution lente vers une maladie chronique grave du foie, comme la cirrhose, le carcinome hépato-cellulaire, pouvant amener au décès. Les hépatites virales B et C ont provoqué 1,34 million de décès dans le monde en 2015, un chiffre comparable aux décès dus à la tuberculose et au VIH. Mais, alors que la mortalité imputable à la tuberculose et au VIH baisse, celle due aux hépatites B et C augmente (5).

Pourtant en mai 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale pour la période 2016-2021. La Stratégie appelle à éliminer d'ici 2030 l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique (en réduisant le nombre de nouvelles infections de 90 % et la mortalité de 65 %) (6).

Car, comme pour le VIH, les connaissances sur les hépatites virales progressent régulièrement à la fois pour la prévention avec l'existence depuis les années 1980 d'un vaccin contre l'hépatite B mais également pour les traitements notamment pour l'hépatite C dans les années 2010.

L'infection à VHB :

On compte 240 millions de personnes porteuses du VHB dans le monde. Il existe trois modes de transmission. La transmission parentérale, la transmission par voie salivaire et sexuelle et enfin la transmission mère-enfant.

L'évolution se fait spontanément vers une guérison après infection aiguë dans 90 à 95% des cas si l'infection a lieu à l'âge adulte mais seulement dans 5% des cas si l'infection a lieu à la naissance ou pendant la petite enfance.

Il est important de noter que le VHB est oncogène et peut être à l'origine d'un carcinome hépato-cellulaire même en l'absence de cirrhose (7).

L'éradication virale est impossible car le virus reste intégré dans le noyau cellulaire. L'objectif principal du traitement est donc de contrôler la réplication virale dans le but de freiner l'inflammation et donc la fibrose.

L'aspect fondamental dans la stratégie d'éradication de cette maladie réside donc dans la prévention par la vaccination de l'ensemble de la population, la maladie n'étant pas curable.

L'infection par le VHC :

Le virus de l'hépatite C n'est pas considéré comme une IST. Il est essentiellement transmis par le sang. La transmission mère-enfant est de l'ordre de 5%, multiplié par quatre en cas de co-infection par le VIH.

Grâce à de nouveaux traitements antiviraux d'action directe (AAD) l'obtention d'une négativation durable de l'ARN VHC est possible. L'objectif est donc l'éradication virale et la guérison.

1.3. La place particulière de la région de l'Afrique sub-saharienne selon l'OMS

Malgré des progrès depuis le milieu des années 2000, la région Afrique de l'OMS reste la région la plus affectée dans le monde par le VIH. En 2018, 25,7 millions de personnes y vivaient avec le VIH. Cette région représente près des deux tiers des nouvelles contaminations dans le monde (8). 470 000 décès dus à des maladies liées au SIDA y ont eu lieu en 2018 (9).

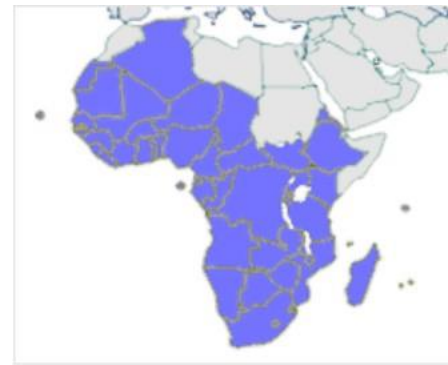


Figure 1 Région Afrique de l'OMS

Cependant aujourd'hui en Afrique mourir d'une hépatite chronique devient une menace de plus en plus préoccupante, à des échelles comparables au VIH / SIDA, au paludisme ou à la tuberculose (10). En Afrique les hépatites virales affectent plus de 70 millions de personnes (60 millions pour l'hépatite B et 10 millions pour l'hépatite C). Pourtant, malgré la disponibilité d'outils de diagnostic et de traitement efficaces, plus de 90% des personnes vivant avec l'hépatite B et C en Afrique manquent de soins indispensables, notamment de tests et de médicaments. De ce fait environ 200 000 personnes meurent chaque année des conséquences de ces hépatites. Car la maladie évolue souvent vers une maladie hépatique avancée avec son fardeau financier catastrophique associé. Avec des ressources adéquates et un engagement politique fort, cette maladie peut être éliminée d'ici 2030 (10).

2. La situation en France

2.1. L'épidémie de VIH en France et les groupes à risque

Comme au niveau mondial depuis 2018, on constate en France pour la première fois une diminution significative du nombre de contamination après plusieurs années de stabilité. En 2018 on déclare 6200 découvertes de séropositivité VIH toute population confondue en France (11).

Cette amélioration de la situation ne concerne pas toutes les populations. Il existe des groupes de populations classés plus à risque d'infections par le VIH dont font partie les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les usagers de drogues

injectables (UDI) qui se rapportent au mode de contamination le plus probable et enfin les personnes nées à l'étranger (11).

Risque accru de VIH chez les personnes migrantes, surtout d'origine Afrique sub-saharienne :

Il existe donc une vraie inégalité en fonction du lieu de naissance des personnes. Les personnes migrantes étrangères sont surreprésentées parmi les malades du VIH. Elles représentent 20% des personnes infectées par le VIH en France (12). Alors que les étrangers représentent 7,4% de la population générale en France en 2019 (13).

Parmi ces personnes infectées, 80% (soit 15% du total) sont nées en Afrique sub-saharienne (12). Le taux d'incidence est 30 à 70 fois plus élevé en population hétérosexuelle née en Afrique sub-saharienne par rapport à celle née en France (14).

La majorité des découvertes en 2018 (56%) concernent des personnes nées à l'étranger, dont 66% dans un pays **d'Afrique subsaharienne**, soit **33% de toutes les découvertes en France** (11).

Une épidémie cachée, surtout chez les migrants d'origine sub-saharienne :

Le VIH/SIDA est en effet une pathologie qui reste sans signe clinique apparent pendant plusieurs années, et les personnes atteintes ignorent en général quand elles ont été infectées. La majorité des migrants porteurs du VIH découvrent leur séropositivité seulement une fois arrivée en France. Le délai entre la contamination, le diagnostic puis la mise en place d'un traitement antirétroviral est plus long pour les personnes migrantes que pour la population générale (12).

Pour autant, ils ne savent pas s'ils ont été infectés avant ou après leur arrivée. En France entre 2012 et 2013 a été réalisée l'étude Parcours qui avait pour objectif d'explorer comment les trajectoires de santé, les trajectoires sociales, migratoires, administratives s'entrecroisent et se construisent les unes par rapport aux autres parmi les africains vivant en France qui sont atteints de VIH ou d'hépatite B chronique. L'analyse des souches de virus pour tous les nouveaux cas à partir des années 2 000 montre qu'environ un africain sur quatre diagnostiqué pour un VIH en France a une souche de virus très rare en Afrique mais très commune en Europe, ce qui suggère qu'ils ont très probablement été infectés après leur arrivée en Europe. Il est estimé **qu'entre 35 et 49% des migrants d'origine sub-saharienne se contaminent après leur arrivée en France** (15).

Or pour la santé publique ce n'est pas un détail : si le VIH qui touche les migrants sub-sahariens en France est une épidémie « d'importation », l'une des principales mesures à appliquer est de proposer un dépistage le plus tôt possible à l'arrivée en France, afin de prendre en charge efficacement les personnes contaminées. S'ils s'infectent après leur arrivée en France, il faut aussi déployer des efforts autour de la prévention.

2.2. Les hépatites virales B et C en France

La France fait partie des pays de faible endémie pour l'infection par le VHB et pour l'infection par le VHC. La prévalence de l'hépatite B est estimée entre 0,3 et 0,5% et celle de l'hépatite C entre 0,16 et 0,30% selon les estimations (16–18).

Risque accru d'hépatites virales chroniques chez les migrants d'Afrique sub-saharienne :

L'infection par le VHB est plus fréquente chez les migrants, notamment venant d'Afrique sub-saharienne, où beaucoup de pays présentent une forte endémie d'hépatite B chronique. La prévalence varie de 5 à 15% selon les études en population générale et/ou en structures d'accueil de personnes migrantes (16,19,20).

Pour l'infection au VHC, la prévalence chez les personnes nées en Afrique sub-saharienne est moindre mais reste élevée, la zone étant considérée comme de moyenne endémicité. Elle était autour de 3,2% dans l'étude PrécaVir portant sur le dépistage de patients étrangers consultant dans les PASS de 2007 à 2015(19). D'après le COMEDE entre 2008 et 2017 chez ses patients, elle variait entre 0,3 et 3,2% selon la région d'Afrique sub-saharienne d'origine (20).

Enfin, seul 8 à 10 % des migrants infectés par une hépatite chronique virale étaient au courant avant le dépistage en France, au Comede (20), ou dans les PASS (19), ou encore seulement 6% des patients sub-sahariens suivis pour hépatite B dans l'étude Parcours (21). Une importante majorité ignore donc son statut séropositif vis-à-vis de ces maladies.

Il existe donc une grande inégalité entre les différents groupes de population autant vis-à-vis du VIH / SIDA que des hépatites virales. Certains groupes sont plus à risque, dont les personnes arrivant d'une région d'endémicité élevée comme l'Afrique sub-saharienne.

2.3. Action et dispositif de santé publique pour la lutte contre les épidémies de VIH de VHB et de VHC en France.

Action et recommandations médicales en population générale :

- **VIH :**

La stratégie nationale de Santé sexuelle 2017-2030 vise à atteindre en 2030 l'objectif de n'avoir aucune nouvelle contamination par le VIH en France. Elle s'aligne avec le texte de l'OMS déclarant cet objectif. Elle surenchérit par rapport à l'objectif intermédiaire de l'OMS, en visant d'obtenir en 2020 : que 95% des personnes séropositives connaissent leur statut, que 95% des personnes séropositives connaissant leur statut ont eu une proposition de traitement antirétroviral, et que 95% des personnes traitées ont une charge virale

indétectable. En 2014, les 2 derniers objectifs étaient déjà atteints, seule la proportion des personnes se sachant séropositives parmi ceux-ci est insuffisante (84%) (12,22).

Les recommandations pour le diagnostic et le suivi des personnes atteintes de VIH préconisent depuis 2009 qu'**au moins une fois dans leur vie toutes les personnes de 15 à 70 ans bénéficient d'un dépistage pour le VIH**, avec ou sans notion de comportements à risque. Il est également préconisé un dépistage renforcé et régulier chez les populations cibles.

La réévaluation de la stratégie de dépistage du VIH de 2017 de la HAS, suivie par le groupe d'experts VIH dans ces recommandations de 2018, préconise de renforcer ce dépistage chez les populations cibles, notamment : entre tous les ans et tous les 3 mois chez les HSH ; tous les ans chez les UDI ; **tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.**

De plus, d'autres situations médicales sont des indications à proposer un dépistage du VIH comme l'apparition de symptômes évocateurs de primo-infection à VIH ou d'infection opportuniste liée au VIH, une grossesse en projet ou en cours, la prescription d'une contraception, une IVG, une incarcération, un accident d'exposition sexuelle, mais aussi la découverte d'une autre maladie comme la tuberculose, une IST ou une hépatite B ou C. D'autres situations comme la découverte d'anomalies biologiques particulières ou le bilan avant certaines thérapeutiques imposent également cette recherche. Enfin, **chaque occasion de dépister le VHB ou le VHC doit être accompagné d'une proposition de dépistage du VIH**, les populations et comportements à risque liées à ces infections se recoupant (14,23).

- *Hépatites virales B et C :*
 - *Dépistage :*

Depuis 2014, et au vu du nombre important de patients infectés par le VHC et dans une moindre mesure le VHB, les indications au dépistage des hépatites virales B et C ont été élargies.

Il est recommandé de réaliser un dépistage systématique de l'infection au VHC chez les hommes de 18 à 60 ans au moins une fois dans leur vie. L'objectif de cette universalisation du dépistage est l'élimination du VHC en France d'ici 2025 (AFEF 2014). Un dépistage pour le VHB et le VHC doit également être proposé à toutes les femmes enceintes dès la 1^{ère} consultation (de suivi de grossesse) ou lors d'une potentielle visite pré conceptionnelle. De plus, **il est recommandé de systématiquement associer le dépistage des 3 virus suivants : VIH, VHB et VHC.** Il est cependant toujours recommandé de dépister également les groupes les plus à risque, avec possibilité de répéter le dépistage régulièrement selon les situations (24).

Ainsi on peut conclure que les dépistages des maladies VIH, VHB et VHC sont à combiner et à adapter aux risques d'exposition des patients.

○ *Prévention primaire : vaccination contre le VHB*

Afin de renforcer la protection de la population face à cette maladie, depuis le premier janvier 2018 la vaccination des nourrissons, comportant la vaccination contre le VHB, est obligatoire, selon la loi du 30 décembre 2017 (25). Le rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à 15 ans révolu est conseillé selon le calendrier vaccinal français 2020.

Le rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B est recommandé chez les enfants de plus de 15 ans et les adultes non immuns exposés à un risque de contamination ou d'exposition (personnes avec partenaires multiples, personnes originaires de zone de moyenne ou de forte endémie, personnes amenées à résider ou à séjourner en zones de moyenne ou de forte endémie, etc.)(26).

Le dépistage du VIH du VHB et du VHC au sein du bilan de santé recommandé pour tout patient migrant primo-arrivant en France :

Le bilan de santé recommandé pour les migrants primo-arrivants préconise le dépistage des infections à VIH, VHB et VHC (27).

En 2015 le Haut Conseil de la Santé Publique a émis un avis concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers qui préconise également ces dépistages, entre autres (28).

Il recommande qu'un « **Rendez-vous Santé** » **obligatoire** avec un contenu modulable soit réalisé pour les primo-arrivants dans un **délai optimal de 4 mois** après l'entrée sur le territoire ; détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical ; ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.

La modalité de ce dépistage est décrite comme telle : pour la réalisation de ces examens, la structure devra avoir contractualisé avec des centres de dépistage (centres de dépistage anonymes et gratuits, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic par exemple - CeGIDD). Une attention particulière doit être portée aux personnes provenant de pays de haute et moyenne endémicité pour ces infections.

De cet avis a découlé une instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé à destination des ARS (29). L'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants encourage la construction d'un parcours adapté aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif.

Dans le but d'atteindre un taux de dépistage suffisant pour réduire la diffusion de ces infections, il est important de relever localement les difficultés liées à ce parcours patient, et

un travail de réflexion doit s'engager pour l'améliorer. De ces constats découlent des travaux comme celui-ci.

2.4. Focus sur les patients migrants : une population à risque

2.4.1. Contexte migratoire actuel en France

Population migrante comptabilisée en France :

En 2019, l'INSEE estime à 4,9 millions le nombre d'étrangers (toutes nationalités, tous âges) résidant en France. Ils représentent alors 7,4 % de la population. Parmi ces 4,9 millions, 4,2 millions sont immigrés, c'est-à-dire nés à l'étranger. La population immigrée comprend aussi 2,5 millions de français nés étrangers (13).

Evolution :

Les immigrations en France suivent une courbe croissante depuis plusieurs années.

Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), les premières demandes de protection internationale (asile et protection subsidiaires) sont en augmentation depuis une douzaine d'années : entre 2007 et 2019, le nombre de demandes a été multiplié par 4 (cf figure 1) (30).

Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981

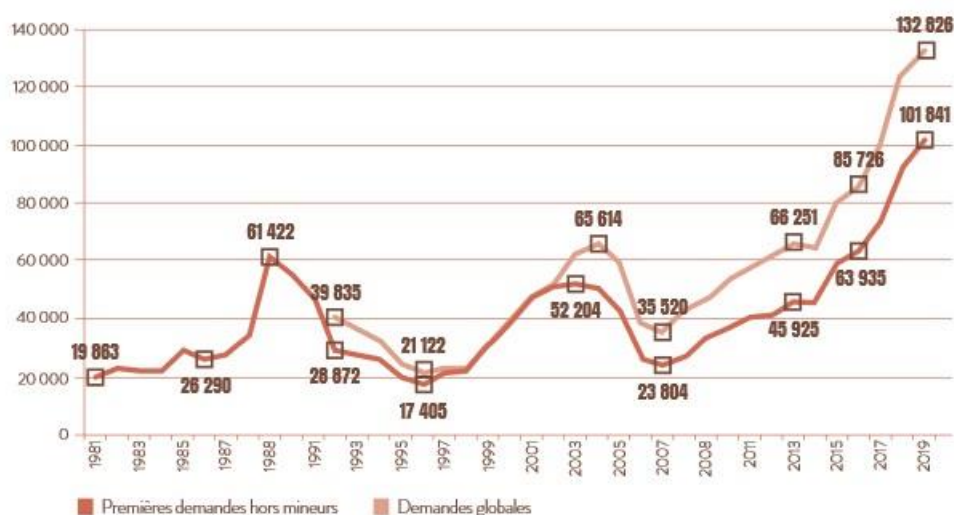


Figure 2 Evolution du nombre de demandeurs d'asile selon l'OFPRA(30)

Quatre pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale font partis des dix pays de provenance les plus représentés chez les demandeurs d'asile en 2019 (cf Annexe 1) (30). Selon l'INSEE de nouveau, en 2018 38,9% des immigrés arrivés en France sont nés en Afrique (13).

L'immigration illégale est par nature plus difficile à chiffrer. Les données de l'agence européenne de contrôle des frontières FRONTEX indiquent que les migrations illégales ont atteint un pic en Union Européenne (UE) en 2015 avec 1,8 million d'entrées illégales aux frontières de l'Europe. Depuis lors, elles diminuent (31). Toutes catégories d'immigration confondues, l'office statistique de l'UE Eurostat estime que le nombre de nouveaux immigrants en France augmente depuis 2007 (32).

Il est complexe de chiffrer exactement les données sur l'immigration en France. Néanmoins, en contraste avec la situation en UE dans sa globalité, la tendance à l'augmentation de l'immigration en France depuis plusieurs années apparait clairement. La réflexion autour d'actions de prévention efficaces envers les migrants primo-arrivants constitue donc un axe important de la politique de santé publique.

2.4.2. Définitions : différents statuts

Les personnes migrantes ont différents statuts, et leurs différences peuvent être floues. C'est pourquoi nous allons nous attarder à les détailler.

Le terme de « migrant » peut être défini au sens de migrant international, c'est-à-dire une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Cette définition regroupe des situations très diverses. Nous allons définir avec précision ces situations, afin d'identifier clairement la population étudiée.

Au niveau administratif et légal on distingue déjà plusieurs cas.

Un migrant, selon la définition utilisée plus haut, peut représenter :

- un français né en France, ayant vécu à l'étranger, et revenant en France ;
- ou un immigrant : migrant **né hors de France**, qu'il soit français de naissance ou immigré.
- Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France (définition du Haut Conseil à l'intégration), qu'elle ait acquis la nationalité française ou non (33).
- Un migrant primo-arrivant est un migrant arrivé pour la première fois en France récemment, sans que la durée de séjour ne soit actuellement clairement définie, ni en terme juridique, ni en terme de santé publique.
- Un étranger est une personne n'ayant pas la nationalité française.

Dans la population des immigrés on retrouve plusieurs catégories :

- Les personnes ayant la nationalité d'un pays de l'Union Européenne ou de l'Association Européenne de Libre-Echange (27 + 5 pays), ce qui leur confère un droit

de résidence sur le territoire. Il ne peut donc pas être en séjour irrégulier, hors situation juridique particulière.

- Au contraire, les ressortissants de pays-tiers, qui sont des personnes de nationalité d'un pays hors UE, hors espace économique européen et hors Suisse, n'ont pas automatiquement accès au droit de résidence en France.

Plusieurs possibilités existent pour obtenir un **droit de séjour**.

- Pour commencer : l'asile. Un demandeur d'asile est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- Un réfugié et un « protégé subsidiaire » représentent, au sens juridique, une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés ou Apatrides) ou la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile).
- Il existe d'autres titres de séjours : un étranger malade correspond à la transposition du droit au séjour pour raison médicale. Il est soumis à la condition de présenter une / plusieurs maladie(s) dont la prise en charge médicale est à la fois inaccessible dans le pays d'origine et accessible en France.
- D'autres titres de séjours existent et ne seront pas détaillés ici (visa étudiant, rapprochement familial, etc.).

Enfin, les termes « sans-papiers » ou « clandestin » sont souvent utilisés pour désigner un étranger en séjour irrégulier (20).

2.4.3. La migration comme facteur de précarité

Ces situations administratives ne suffisent pas à rendre compte de l'entière diversité des situations des populations migrantes, comme les différents motifs de migrations (raisons économiques, conflits, persécution, rapprochement familial, travail...), ou les conditions de vie, qui sont parmi les plus précaires de la population.

En effet les personnes d'origine étrangère cumulent fréquemment des facteurs de vulnérabilité. Nous allons détailler ces différents aspects.

Définition de la précarité :

Selon le rapport Wresinski de février 1987 « **La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités** permettant aux personnes et familles **d'assumer leurs responsabilités élémentaires** et de **jouir de leurs droits fondamentaux**. (L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle

conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.) » (34).

Différentes vulnérabilités :

La précarité est donc une notion très vaste, relevant de différents types de facteurs de vulnérabilité largement associés et intriqués entre eux. Et on constate, dans les populations migrantes, une grande fréquence de ces facteurs de vulnérabilité.

Une vulnérabilité administrative et sociale d'abord. Regroupant différentes dimensions.

- La précarité de l'hébergement. Elle peut s'échelonner de l'absence totale d'hébergement ou « à la rue », à l'habitat précaire (squat, campement, lieux de culte...), à l'hébergement d'urgence, ou à l'hébergement par un tiers. L'absence de chez soi reste la règle (97% selon le rapport d'activité du Comede de 2019) (20).
- La précarité administrative ou l'absence de droit de séjour.
- L'isolement relationnel, ou l'absence de contact ressource.
- La barrière de la langue et les difficultés de communication.
- L'absence d'alimentation convenable.
- L'absence ou l'insuffisance de ressources financières.
- Les difficultés de déplacement.
- L'absence de protection maladie (nous y reviendrons plus bas).

Les populations issues de régions d'Afrique sub-saharienne font partie des groupes cumulant le plus de ces facteurs de vulnérabilité, les exposant à des situations de détresse sociale (20).

Également une vulnérabilité psychologique et médicale. On peut la relier en partie à un vécu traumatique dans le pays d'origine et/ou le long du parcours.

D'après les données du Comede chez les migrants et exilés accueillis de 2012 à 2016, 16,6% présentaient des troubles psychiques graves, et 60% des états de stress post-traumatiques. On notait une forte prévalence d'antécédents de violence, de torture (35). De même les troubles d'ordre psychologiques, psycho traumatiques et psychiatriques représentent le 1^{er} groupe de pathologies en terme de prévalence chez les patients suivis au Comede (20), et faisaient partie des plus fréquents motifs de consultation chez les patients rencontrés dans les PASS dans une étude de 2016 (36).

De façon plus large elles présentent un état de santé globalement abaissé. En effet les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire l'observation de la dégradation de l'état de santé selon le groupe social, sont particulièrement marquées dans la population migrante, principalement liées à la précarité extrême dans ce groupe de population. Pourtant, en santé publique il existe un effet nommé biais du migrant ou *healthy migrant effect*. Il rend compte du fait que la population ayant eu les capacités à se rendre d'un pays à un autre est

globalement en meilleure santé que la population générale de son pays d'origine, et, à âge et sexe comparable, en meilleure santé que la population native du pays d'accueil. Néanmoins, il semble que la précarité dans le pays d'accueil entraîne par la suite vers le bas l'état de santé des populations migrantes, en dessous de celui de la population autochtone (37).

Les différents types de précarité se nourrissent également l'un l'autre : par exemple de faibles ressources financières influencent vers la négative le recours aux soins, entraînant mécaniquement une dégradation de l'état de santé, qui entraîne une plus faible activité et donc des revenus moins importants.

Il paraît donc important de prendre en compte ces spécificités lors de la pratique de soins envers des populations migrantes afin de permettre des prises en charges adaptées.

2.4.4. L'obtention d'une assurance maladie : un des principaux obstacles à l'accès aux soins

Cadre :

Pour les personnes migrantes, la prise en charge par l'assurance maladie dépend du statut administratif.

- Personnes en situation irrégulière :

Pendant les 3 premiers mois de résidence en France, l'accès à l'assurance maladie n'est pas possible.

Les seules exceptions concernent les mineurs, ainsi que les critères médicaux permettant la dispensation de soins aux étrangers en situation irrégulière au titre du Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV) : mineurs, risque pour le pronostic vital et fonctionnel, risque de dissémination d'une maladie contagieuse, soins liés à la grossesse ou au nouveau-né.

Passé ces 3 premiers mois, elle peut bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME), à condition de prouver sa présence sur le territoire depuis plus de 3 mois, et de justifier de son identité. L'AME prend en charge à 100% les soins généralistes et spécialisés pris en charge par la Sécurité Sociale à quelques exceptions près (38).

- Demandeurs d'asile :

Ils peuvent bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUMa), qui a remplacé la Couverture Maladie Universelle (CMU), et prend en charge la part obligatoire des dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie. De plus, et sous conditions de ressources, ils peuvent bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui a remplacé la CMU complémentaire (CMU-c). Celle-ci prend en charge la part complémentaire des dépenses de

santé. Depuis fin 2019 ils doivent cependant passer un délai de carence de 3 mois avant d'en faire la demande (39).

- Personnes titulaires d'un titre de séjour pour soins :

Ils bénéficient de la prise en charge complète par la PUMa-CSS.

- Migrants originaires de l'espace Schengen et/ou UE :

Ils peuvent bénéficier d'une prise en charge complète par l'AME ou la PUMa-CSS ou partielle par l'assurance maladie européenne selon les cas.

Implications sur la santé des migrants :

Les migrants sont exposés à des obstacles nombreux dans l'accès aux soins, celui de l'obtention d'une assurance maladie en est un important. En effet la complexité des démarches et les difficultés administratives sont les obstacles les plus fréquemment évoqués chez les patients consultant dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, en 2018, avec la méconnaissance des droits et structures. A cela s'ajoute les autres difficultés impliquant toute démarche administrative, comme les barrières linguistiques et la variabilité du statut administratif (40).

On constate de plus un moindre recours aux soins chez les personnes sans-domicile ne disposant pas de l'entièreté de leurs droits à l'assurance maladie. Le taux de recours au système de soins ainsi que d'accès à l'assurance maladie est plus faible chez les personnes sans-domicile d'origine étrangère que chez celles d'origine française (41).

Pourtant, même si l'accès à certains soins curatifs de premier recours et de prévention peut être gratuit, seul un accès complet à l'assurance maladie dans sa part obligatoire et complémentaire peut permettre la continuité des soins (42).

3. Le parcours de soin du dépistage du VIH du VHB et du VHC chez le patient migrant pris en charge à Bordeaux

3.1. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

3.1.1. Le dispositif PASS et son application

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des structures ayant été créées suite à la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

Elles ont pour mission principale de faciliter l'accès au système de santé et aux soins des personnes les plus démunies, et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits. Elles doivent également agir et communiquer en réseau avec des partenaires de soins à l'intérieur de leur établissement ainsi qu'avec des partenaires extérieurs.

Elles prennent donc en charge des personnes rencontrant des obstacles à l'accès aux soins, principalement des personnes ayant une incomplétude de droits auprès de l'assurance maladie. Mais également, des personnes rencontrant d'autres obstacles, en général liés à la précarité : l'absence d'hébergement, la barrière de la langue, et plus généralement les situations d'exclusion nécessitant un accompagnement dans le parcours de soins (43).

Leurs activités sont diverses, reflétant le champ d'action important et la diversité des situations rencontrées. Elles peuvent être des structures généralistes ou spécialisées (pédiatriques, psychiatriques, odontologiques...).

Elles sont principalement situées en établissement hospitaliers, pour la plupart publics. Il existe actuellement environ 430 PASS en France, dont 370 généralistes.

Origine des patients accueillis :

Il existe peu de données nationales renseignant sur les caractéristiques des patients rencontrés dans les PASS. Toutefois l'étude des caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS réalisée en 2016 retrouvait une proportion importante de personnes (44,6%) originaires d'Afrique sub-saharienne. Les patients étaient globalement plutôt jeunes (âge médian 35 ans), et en majorité (61,0%) des hommes (36).

3.1.2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Bordeaux

Création du Centre d'Albret avant 1998.

La PASS de l'hôpital Saint-André, anciennement Centre d'Albret, est une structure ayant été créée dans les années 1990 avant la création des PASS, dans le but de prendre en charge les personnes précaires consultant aux urgences pour des problématiques de médecine générale par manque d'accès aux soins dans la filière classique.

Répartition des PASS sur la métropole de Bordeaux : généralistes et spécialisées.

Actuellement au CHU de Bordeaux, il existe au total 5 PASS :

- 3 PASS généralistes : 2 PASS « fixes » rattachées aux urgences adultes de l'hôpital Saint-André et de l'hôpital Pellegrin, et 1 PASS mobile ;
- 3 PASS spécialisées :
 - o 1 PASS pédiatrique rattaché aux urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants de Pellegrin ;
 - o 1 PASS maternité à l'hôpital Pellegrin ;
 - o 1 PASS odontologique à l'hôpital Saint-André.

Il existe également sur la métropole :

- 1 PASS psychiatrique à l'hôpital psychiatrique de Charles Perrens ;
- 2 PASS généralistes à la Clinique des 4 pavillons de Lormont et à la Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle de Talence.

Explication du fonctionnement des PASS généralistes :

Les équipes des 3 PASS généralistes sont pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, agents d'accueil). Ces PASS assurent principalement des consultations médico-sociales et psychologiques ainsi que des soins infirmiers envers des personnes ne disposant pas de l'entièreté de leurs droits à l'assurance maladie. Cela leur permet d'une part d'accéder aux soins malgré l'incomplétude de ces droits et d'autre part de faciliter l'ouverture de ces droits afin d'être pris en charge dans le système de droit commun.

Populations rencontrées :

A la PASS adulte du CHU de Bordeaux en 2019, 1920 personnes ont consulté au moins une fois, dont 39,4% étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (source : Rapport d'activité PASS CHU de BORDEAUX 2019).

A la PASS du CHU de Bordeaux beaucoup de patients migrants primo-arrivants consultent pour des problèmes médicaux, aigus ou chroniques. Cette consultation est très souvent le premier contact avec le système de soins. Comme préconisé par le HCSP, les patients sont systématiquement orientés vers un centre de dépistage.

3.2. La Maison Départementale de la Promotion de la Santé de Bordeaux

L'un des partenaires extérieurs privilégiés des PASS sont les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic). En effet ils permettent d'accéder à des dépistages pour les IST, de façon anonyme et gratuite, peu importe l'ouverture ou non des droits à l'assurance maladie. Des consultations relatives à la santé sexuelle y sont tenues.

A Bordeaux le CeGIDD est regroupé avec :

- Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT),
- Un centre de vaccinations,
- Ainsi qu'un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ;

au sein d'une structure : la Maison Départementale de la Promotion de la Santé (MDPS).

La MDPS se situe 2 Rue du Moulin Rouge à Bordeaux. Elle a été créée et est gérée par le Département de la Gironde en Juin 2001. C'est dans cette structure que les patients consultant à la PASS du CHU de Bordeaux sont adressés vers les différents services en fonction des problématiques rencontrées.

Au CeGIDD, les consultations sont assurées par des infirmières et des médecins qui procèdent à une évaluation du risque, au dépistage et, en cas de séropositivité, à une orientation vers les soins. Le dépistage se fait sans rendez-vous aux heures d'ouverture. Les patients bénéficient également de conseils de réduction des risques et de prévention.

Lors de la consultation à la PASS les patients se voient remettre un document papier sur lequel figure un plan pour se rendre à la MDPS avec les différentes lignes de bus à proximité. Y figurent également les horaires d'ouverture du CeGIDD ainsi que le numéro de téléphone.

3.3. Une évaluation en partenariat

Dans ce contexte de collaboration entre la PASS du CHU de Bordeaux et la MDPS, une étude a été mise en place par les deux parties afin d'évaluer la participation au dépistage après une consultation à la PASS.

Une fiche-coupon était remise à chaque patient orienté depuis la PASS du CHU de Bordeaux (Pellegrin et Saint-André) vers la MDPS. Elle comportait 2 parties détachables : une conservée à la PASS, et une confiée au patient avec pour consigne de le remettre aux professionnels de la MDPS. Sur ce coupon figuraient des renseignements sur les différentes structures accessibles ; sur l'accès au lieu (horaires d'ouverture, transports et plan du lieu) ; ainsi qu'un numéro d'identification personnel (sur chacune des 2 parties) afin de préserver l'anonymat. Après 3 mois la comparaison des coupons d'identification de la PASS et de la MDPS permettait de faire le compte des personnes ayant été admises à la MDPS suite à l'orientation et ayant montré leur coupon. Le numéro d'identification personnel permettait à la PASS de connaître rétrospectivement les caractéristiques des personnes orientées avec succès ou non.

Cette étude a mis en évidence un **très faible taux de participation au dépistage**. Parmi les 169 patients adressés et suivi pour l'étude seuls 46 patients se sont rendus à la MDPS soit un **taux de participation de 27%**. Les patients originaires d'Afrique sub-saharienne représentaient 64,5% des participants, et parmi eux la proportion étant allé se faire dépister à la MDPS était de 29% (cf Annexe 2).

Il existe donc un grand nombre de patients perdus de vue à cette étape du soin avant même la réalisation du dépistage malgré un 1er contact médical, contribuant à la part du nombre de personnes exclues de la « cascade du soin ».

4. Les facteurs d'adhésion et de non adhésion aux soins et au dépistage

Dans l'étude des comportements en santé, différents domaines de recherche sont pertinents et produisent des données, comme la sociologie ou la psychologie. A l'intérieur de chaque domaine plusieurs théories et représentations des facteurs influant sur les décisions et comportements coexistent. Nous nous focalisons sur deux types de modèles pour l'étude des comportements en santé : l'étude des déterminants sociaux de la santé en sociologie de la santé et le modèle des croyances en santé ou Health Belief Model (HBM), en psychologie.

- Les déterminants sociaux de la santé :

En plus des difficultés des personnes migrantes dans l'accès aux soins, l'adhésion aux soins des personnes en situation de précarité représente également une difficulté, à la fois pour les soins curatifs et préventifs.

Tout comme pour le reste de la santé, les facteurs influant sur le dépistage des populations dépendent de déterminants de la santé. L'OMS définit les déterminants de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (44). Cette définition renvoie aussi bien aux conditions de vie quotidienne qu'aux circonstances d'ordre structurel qui modulent les possibilités des personnes de jouir d'une bonne santé. Les disparités de ces circonstances sont les racines des inégalités de santé.

Les facteurs d'adhésions et les obstacles au dépistage des populations migrantes peuvent donc se classer en fonction des 3 grandes catégories des déterminants de la santé : **structurels, intermédiaires et individuels**. Les facteurs structurels sont liés au contexte économique, politique et social ainsi qu'aux systèmes en place. Au niveau de la santé cela peut se traduire par un manque de financement de politique de santé publique, l'absence de recommandations nationales homogènes etc. Les facteurs intermédiaires sont eux liés à l'interaction entre les individus et leur environnement, comme par exemple avec leurs milieux de vie, mais aussi leur entourage, les soignants ou les services sociaux locaux. Ils concernent également les conditions de vie sur place. Enfin, les facteurs individuels sont liés à la situation personnelle des individus, à leur vécu et à leur culture. Ils peuvent par exemple concerner des représentations sur les maladies, ou encore des choix de vie personnels (45).

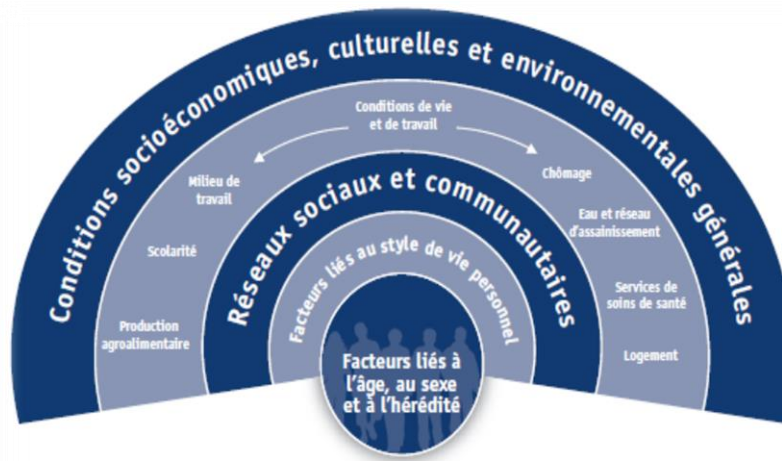


Figure 3 Modèle éco-social de Dahlgren et Whitehead

Un grand nombre de facteurs peuvent donc se retrouver et se cumuler pour expliquer l'adhésion et la non adhésion au dépistage de ces maladies infectieuses.

Ces facteurs sont très dépendants du tissu local composé des usagers du système de soins (dans notre cas, les migrants primo-arrivants), de l'offre structurelle de soin, et des acteurs des soins.

- Les facteurs psychologiques influant sur les comportements en santé :

A côté des déterminants sociaux de la santé, la psychologie de l'individu, liée à sa personnalité, à son histoire, à ses valeurs ou encore à sa culture, influe sur les comportements en santé. Un des premiers modèles à utiliser une approche pluridisciplinaire des comportements en santé a été le HBM, très souvent utilisé depuis pour étudier les obstacles et facteurs influant sur les comportements de patients face à des actions de prévention de santé. Selon ce modèle, la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement préventif serait déterminée par quatre types de perceptions ou de croyances :

- La vulnérabilité perçue : se sentir plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une (ou de plusieurs) maladie(s) ;
- La gravité perçue : évaluer une (ou des) maladie(s) comme plus ou moins sérieuse(s) ;
- Les bénéfices perçus : croire que certains avantages sont associés à l'adoption d'un comportement sain ;
- Les coûts et obstacles perçus : croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain.

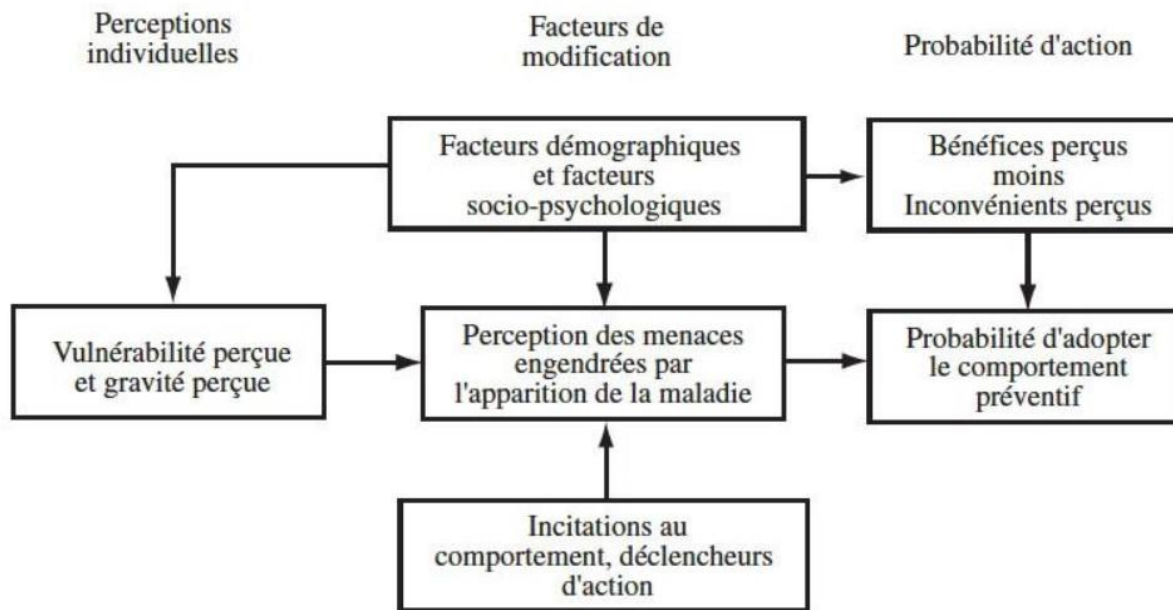


Figure 4 Health Belief Model

L'intérêt de ce modèle est de prendre en compte les croyances et les représentations communes des individus, ce qui le distingue des modèles biomédicaux qui tentent de définir la santé et la maladie de manière objective et relationnelle.

Les approches pluridisciplinaires apparaissent pertinentes pour analyser les divers freins et leviers rencontrés par les patients dans leur démarche de dépistage.

Il n'existe pas à notre niveau local d'étude recherchant les raisons de cette faible participation au dépistage.

Face à cette problématique issue des différentes données présentées, nous avons décidé de mettre en place ce protocole de recherche.

La question de recherche ainsi posée était : quels sont les facteurs favorisant et limitant la présentation à la consultation au CeGIDD pour le dépistage du VIH, du VHB et du VHC chez des patients migrants originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés depuis la PASS du CHU de Bordeaux ?

Objectifs

L'objectif principal était :

- Identifier les obstacles, les facteurs favorisant et les propositions concernant l'adhésion au dépistage du VIH du VHB et du VHC chez les populations migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientées vers le CeGIDD de Bordeaux via la PASS du CHU.

Les objectifs secondaires étaient :

- Questionner les connaissances et les représentations liées aux maladies à VIH du VHB et du VHC chez les populations migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale rencontrées à la PASS du CHU ;
- Questionner les connaissances et les représentations liées à l'acte de dépistage des maladies à VIH du VHB et du VHC chez les populations migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale rencontrées à la PASS du CHU ;
- Explorer les différents obstacles rencontrés par les patients lors de l'orientation vers le CeGIDD de Bordeaux via la PASS du CHU ;
- Interroger et ouvrir la réflexion concernant les améliorations à apporter quant à ce dépistage, son organisation, du point de vue des utilisateurs de soins.

Matériel et méthode

1. Le choix de la méthode

1.1. La méthode qualitative

Dans la recherche médicale et en santé les preuves scientifiques sont le plus souvent issues de données de type quantitatives. Cependant, les outils quantitatifs ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien de la médecine. La recherche qualitative peut aider à combler ce manque.

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

D'aucuns partent souvent du principe selon lequel la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à énumérer, elle ne « mesure » rien. La recherche qualitative traite généralement des mots ou des discours plutôt que des nombres. La « mesure » de la recherche qualitative est généralement portée par des taxonomies (science de la classification des êtres vivants) ou classifications. La recherche qualitative répond à des questions telles que « qu'est-ce que X, comment X varie-t-il selon les circonstances, et pourquoi ? », plutôt que « quelle est la taille de X ou combien de X compte-t-on ? » (46).

Historiquement les études quantitatives étaient plus utilisées dans le domaine des sciences sociales. Les études qualitatives visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains phénomènes sociaux, or ces phénomènes peuvent interférer avec la santé et la maladie. Dans le domaine de la santé ces méthodes d'étude prennent en compte l'apport du patient de ses besoins ou de ses préférences (47).

Le recours à une méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre. Le choix de la méthode dépend de la question de recherche. Le respect de cette méthode permet d'éviter la subjectivité et d'obtenir une reproductibilité quel que soit l'opérateur.

Les méthodes de recherche qualitative peuvent apporter des réponses à toute personne désirant intervenir dans le système de soins de santé, à bien comprendre les besoins des usagers en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation des recommandations adressées aux gestionnaires du système.

Pour explorer notre question de recherche il nous a semblé que la méthode qualitative était la plus adaptée.

Il a été initialement considéré la possibilité de conduire une étude quantitative, descriptive ou interventionnelle, à ce sujet. Elle aurait été réalisable, mais dans le cas d'une étude descriptive elle se serait tenu à un état des lieux chiffré des facteurs en lien avec la participation au dépistage ou aux actes de prévention des maladies à VIH, VHB et VHC. Dans le cas d'une étude interventionnelle elle se serait réduite à l'évaluation de l'efficacité d'une intervention sélectionnée a priori, sans exploration du sujet, ayant pour but d'améliorer l'adhésion à ce dépistage.

Or, l'objectif de cette étude est d'expliquer un phénomène constaté, qui est la non-adhésion à une conduite de santé, en recherchant des éléments de causalité, des facteurs individuels, socio-culturels, structurels, rencontrés chez des patients. Ces éléments sont difficilement chiffrables. C'est pour cela que cette méthode a été choisie

1.2. Choix de la technique d'entretien

1.2.1. L'entretien individuel

En recherche qualitative il existe plusieurs méthodes de collectes de données, le but étant d'obtenir non pas des valeurs numériques mais le plus souvent des données verbales tels que des mots et des récits.

Les principales techniques de collecte de données qualitatives utiles pour mener une recherche en soins de santé sont les entretiens individuels, les focus groups/groupes d'entretiens et l'observation (48).

L'entretien individuel en face-à-face a été choisi afin de permettre une plus grande liberté de parole et afin d'éviter la pression et l'auto-censure liée à la discussion de groupe. En effet des entretiens collectifs pouvaient amener la parole de certains répondants, surtout les plus timides, à être auto-censurée par le regard d'autrui et l'image de soi renvoyée. D'autant plus que les thèmes pouvaient concerner la santé sexuelle et notamment les conduites à risques, ce qui pouvaient facilement faire passer l'entretien dans le domaine de l'intime. L'effet de groupe aurait également pu uniformiser les discours.

1.2.2. L'entretien semi directif

Les entretiens individuels peuvent être menés de différentes façons. Ils peuvent être totalement ouverts / libres / non dirigés, semi structurés / dirigés et enfin structurés / dirigés.

L'entretien individuel semi-structuré a été choisi pour répondre à cette question de recherche.

Il vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation. L'entretien est alors structuré à l'aide d'un guide d'entretien composé d'une liste de questions ouvertes ou d'une liste de sujets à aborder au cours de la discussion. L'ordre des thèmes n'est pas prédéfini à l'avance. Ils peuvent être abordés en fonction du déroulé de l'entretien/ du discours du répondant.

Cependant il ne s'agit pas d'un questionnaire à réponse ouvertes qui aboutirait à un entretien dirigé. Cette modalité ne semblait pas convenir à la question de recherche. En effet l'entretien dirigé s'adapte plus à la vérification d'hypothèses à partir de données connues, ce qui est une démarche s'accordant plus avec une recherche quantitative.

L'entretien ouvert ou non-dirigé semblait pouvoir correspondre à la démarche. Cependant il semble plus à risque de biais et de hors-sujet, spécialement concernant des chercheurs ayant peu d'expérience en recherche qualitative. Il n'a donc pas été choisi.

1.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi après recherche bibliographique et réflexion afin d'identifier quelles questions et thèmes devaient être soulevés afin de répondre à la question de recherche. Comme le but était d'obtenir un discours riche et productif les thèmes étaient volontairement peu nombreux et les questions étaient ouvertes.

Une première question introductive était systématiquement posée. Elle avait un but d'ouverture de la conversation, de narration et de mise en contexte de la consultation amenant l'orientation vers un dépistage : « *Pouvez-vous nous raconter comment s'est passé votre venue à la PASS ? Et, si vous y êtes allé, votre venue à la MDPS ?* ».

Sur le guide d'entretien figurait donc les principaux axes de recherche ou thèmes ainsi que sous-thèmes à aborder, à savoir :

Quelles étaient les connaissances et perceptions des participants sur les différentes maladies abordées et leur dépistage ?

- *Connaissances des infections par le VHB, le VHC, le VIH*
- *Perception de la gravité des maladies*
- *Perception de la susceptibilité d'être contaminé*
- *Intérêt perçu des dépistages*

Quelle était l'expérience des participants concernant ces différentes maladies et leur dépistage ?

- *Expérience ou non, personnelles et dans l'entourage, concernant les maladies et le dépistage*
- *Recherche d'expérience marquante (positivement ou négativement)*

Quels étaient les obstacles auxquels avaient pu faire face les participants pour réaliser ce dépistage ?

- *Obstacles concernant l'offre de soins*
- *Obstacles concernant les moyens d'accès*
- *Obstacles concernant les individus propres et leur contexte*

Quelles idées/ propositions les participants pouvaient imaginer afin d'améliorer la réalisation de ce dépistage ?

- *Facteurs d'abandon à exclure, vécus ou imaginés*
- *Facteurs d'incitation à renforcer, vécus ou imaginés*

Figure 5 : Résumé de la grille d'entretien

Des questions de relance étaient utilisées, afin d'approfondir le discours du répondant, de reformuler ses idées ou de les préciser, ou encore de rediriger l'entretien vers des thèmes peu ou non abordés jusqu'alors. Le guide d'entretien est disponible en annexe 3.

Si les grandes parties n'ont pas été modifiées, le guide d'entretien a été sujet à modification après la réalisation de quelques « entretiens-tests » pour aboutir à sa version définitive après le 3^{ème} entretien.

L'entretien était terminé par une dernière question sans thème prédéfini qui cherchait à faire émerger un dernier thème auquel aurait pu penser le répondant concernant cet entretien mais qui n'aurait pas été abordé plus tôt.

2. Matériel

2.1. La population de l'étude

2.1.1. La délimitation de la population d'étude

Le choix d'une région géographique d'origine en adéquation avec les moyens matériels d'étude :

Ce travail de recherche faisait donc suite à l'étude menée conjointement entre la PASS du CHU de Bordeaux et la Maison Départementale de la Promotion de la Santé de Bordeaux. Dans cette étude tous les patients migrants primo arrivant consultant à la PASS et adressés à la MDPS étaient inclus sans distinction.

Initialement les chercheurs avaient pensé interroger ces mêmes patients sans distinction d'origine ni de langue parlée.

Le travail de recherche a été discuté avec une méthodologiste de l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement) de Bordeaux. Celle-ci a réorienté le travail et conseillé de limiter franchement la population d'étude afin de gagner en fiabilité dans l'interprétation des résultats. En effet plus la population d'étude est élargie plus de nouveaux champs d'informations sont explorés en fonction des caractéristiques de chaque population. Et à chaque nouveau champ d'information il faudrait multiplier les entretiens afin d'arriver à une saturation des données. Ceci reviendrait à la réalisation d'une étude de très grande ampleur avec de nombreux chercheurs.

La barrière de la langue :

La méthodologie ainsi que les données issues de la recherche bibliographique sur le sujet (présentée en introduction) nous ont orienté sur la sélection de la population d'étude. En effet les chercheurs pouvaient **réaliser des entretiens en français et en anglais** ce qui a également orienté vers **les patients provenant de l'Afrique de l'Ouest et Centrale qui sont majoritairement francophones ou anglophones.**

Car l'un des points forts des études qualitatives est d'étudier les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales. En conséquent les données sont collectées en interagissant avec les individus dans leur propre langue. Les entretiens perdant en qualité lorsqu'une tierce personne assiste et traduit la conversation.

La visée des perdus de vue lors de l'orientation de la PASS vers la MDPS :

Considérant l'objectif de l'étude, les patients ayant été orienté vers la MDPS pour des dépistages des infections à VIH, VHB et VHC lors d'une consultation à la PASS étaient ciblés. Leur expérience étant un prérequis à l'étude des obstacles et solutions à cette orientation.

Le point de vue des « perdus de vue », n'ayant pas réalisé le dépistage après orientation, était d'autant plus recherché qu'il était susceptible d'être riche en données.

Délimitation définitive de la population d'étude :

Les personnes issues d'Afrique de l'Ouest et Centrale ayant été orienté lors d'une consultation à la PASS vers la MDPS pour dépistage des infections à VIH, à VHB, à VHC lors des 4 derniers mois, étaient retenues comme pouvant participer à l'étude.

En étaient exclues les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères. De plus, les personnes n'ayant pas un niveau d'expression et de compréhension du français suffisant pour tenir une conversation étaient également exclues au vu du type d'étude réalisée. Enfin, les personnes reconnues mineures étaient également exclues.

2.1.2. La variabilité de l'échantillon

Contrairement aux études quantitatives les stratégies d'échantillonnage en recherche qualitative n'utilisent pas les probabilités. Par ailleurs un échantillonnage aléatoire entraînerait le risque de sélectionner des participants qui n'ont rien à voir avec le sujet de recherche et n'auraient dès lors rien à dire de pertinent.

En recherche qualitative seront sélectionnées les personnes qui sont susceptibles de fournir l'information la plus pertinente. Afin d'élaborer l'échantillon et couvrir l'ensemble de la variabilité autour de la question de recherche, les chercheurs doivent avoir une idée sur les différents points de vue qui devraient être représentés dans l'échantillon. Ils établissent une « cartographie du terrain » des personnes clés qui ont un certain intérêt pour la problématique de l'étude.

En ce sens, la population de l'étude a été sélectionnée pour permettre le plus de diversité possible des profils afin de permettre d'en extraire des données riches et de ne pas arriver à saturation des données artificiellement.

Les variables retenues étaient :

- Réalisation du dépistage après orientation à la MDPS ou non,
- Age,
- Sexe,
- Pays/Région d'origine,
- Niveau d'étude (primaire/secondaire/équivalent Bac ou plus),
- Nombre de mois depuis l'arrivée en France,
- Hébergement ou non

2.2. Préparation des entretiens

Les personnes étaient jointes par téléphone grâce aux numéros donnés lors de leurs passages en consultation à la PASS du CHU de Bordeaux. Un délai minimal d'un mois était laissé entre l'orientation vers la MDPS par la PASS et la prise de contact en vue de l'inclusion.

Lors de cet appel téléphonique les chercheurs se présentaient et exposaient leur projet de recherche. Les chercheurs s'assuraient particulièrement d'explicitier le caractère volontaire et non-contraint de la participation à cette recherche. Ils s'assuraient également de la bonne compréhension par le répondant et de son niveau suffisant de communication en français ou en anglais.

Une fois le contact établi et la vérification des critères d'inclusion il était proposé au répondant de participer à l'étude. Si celui-ci était intéressé alors un rendez-vous à la PASS du CHU de Bordeaux sur le site de Saint André était proposé. La date et l'heure du rendez-vous étaient à libre disposition du répondant aux heures d'ouverture de la PASS. A leur arrivée à la PASS les répondants étaient directement accueillis par les chercheurs sans attente préalable dans une salle d'attente avec d'autres potentiels patients du service de la PASS.

Le travail d'inclusion des répondants pour cette étude semblait complexe compte tenu des caractéristiques de la population d'étude. En effet il s'agissait d'étudier des personnes pour la plupart en situation de précarité. De plus les chercheurs ont souhaité inclure un maximum de patients ne s'étant pas présentés à la MDPS qui par définition étaient des perdus de vue. Cette hypothèse de départ s'est confirmée lors du travail de recherche avec un grand nombre de patient ne se présentant pas à l'entretien proposé par téléphone. Il est apparu que l'inclusion de l'échantillon était en soi porteur de difficultés importantes, de par la grande précarité qu'éprouvait la majorité des personnes à inclure, et de par le fait qu'une partie des personnes pouvait être considérées comme « perdus de vue ». Cela a participé, à la marge, à faire le choix de réaliser ce travail à 2 thésards. L'autre argument est présenté ci-dessous (cf paragraphe 2.5. Analyse).

2.3. Création de l'environnement d'entretien et réalisation des entretiens

Les entretiens étaient réalisés en face-à-face, dans des bureaux du service de la PASS du CHU de Bordeaux sur le site de Saint André. Ils étaient strictement confidentiels, aucune personne autre que l'interviewé et l'intervieweur ne pouvait participer ou entendre la conversation.

Il s'agissait de bureaux neutres avec le moins d'emprunts médicales possible. Ainsi dans la pièce il y avait seulement un bureau, sur lequel se trouvait un ordinateur mais qui n'était pas utilisé. Il était à noter la présence d'un évier dans la pièce mais pas d'autre élément pouvant

faire évoquer une salle de consultation. Notamment pas de table d'examen, ni d'armoire à pharmacie ou de matériel médical.

L'entretien était réalisé en face-à-face avec l'un des deux chercheurs selon la disponibilité de chacun. L'interviewer était habillé en civil sans attribut pouvant évoquer sa qualification de médecin. L'un des deux chercheurs avait exercé et exerçait comme médecin sur le lieu d'enquête. En conséquence, les patients qui auraient pu être amenés à le rencontrer sous ce rôle étaient vus par l'autre chercheur, afin d'éviter un biais de déclaration. Nous avons également fait le choix de n'avoir qu'un chercheur pour réaliser chaque entretien, afin d'obtenir un contexte plus propice à la confiance.

Au début de l'entretien un rappel était fait au patient sur le but du travail et les conditions de réalisation.

Un formulaire de consentement écrit était donné au participant, celui-ci avait tout son temps pour le lire et pour poser des questions. Il devait le rendre au chercheur signé avant que puisse débuter tout travail de recherche. Le participant gardait avec lui une copie du formulaire sur laquelle était indiquée les numéros de téléphone des chercheurs afin que ce dernier puisse les joindre dans l'hypothèse où il souhaiterait se retirer de l'étude.

Une fois le consentement obtenu et l'explication du déroulé de l'entretien donnée la conversation était enregistrée via un dictaphone posé visiblement sur le bureau à égale distance du chercheur et du répondant. La personne interrogée était prévenue lors du démarrage de l'enregistrement ainsi que lors de l'arrêt de celui-ci et était prévenue de la possibilité d'arrêter l'enregistrement à sa demande à n'importe quel moment de l'entretien.

Il s'agissait d'un entretien semi-structuré / semi-dirigé, la parole était libre et le chercheur s'aidait du guide d'entretien afin de ré-axer la conversation si nécessaire. Le chercheur essayait d'adopter une attitude d'écoute active et de sensibilité afin de créer un climat de confiance.

A la fin de l'entretien après avoir coupé le micro le chercheur s'assurait du ressenti du patient quant à la conversation et répondait à nouveau, si nécessaire, à des interrogations sur l'utilisation future des données enregistrées.

2.4. Retranscription des entretiens

Les entretiens étaient retranscrits le jour même si possible ou dans les plus brefs délais. La retranscription se faisait par le chercheur qui avait réalisé l'entretien directement par l'écoute de la bande sonore et d'un logiciel de traitement de texte. Ces verbatims constituaient le support de l'analyse.

L'interviewé était identifié par le titre de « Répondant » ou abrégé « R » et l'interviewer « Chercheur » ou abrégé « C » afin d'organiser la retranscription de la conversation. Cette retranscription était réalisée au plus proche du discours oral, comportant les particularités de l'oralité (hésitations, fautes etc). Cela permettait de retranscrire fidèlement à l'écrit le discours obtenu. Des notes concernant le langage non verbal tel des changements d'intonation de voix, des rires, des silences, des changements de position pouvaient également être ajoutées.

2.5. Analyse

L'étape du codage :

A partir de la retranscription écrite des entretiens, ou « verbatims », chaque chercheur réalisait plusieurs lectures afin de sélectionner les différentes parties de chaque entretien comportant un nœud de sens (ou « code ») et de les marquer de ce sens.

Afin de coder les verbatims obtenus les chercheurs utilisaient le logiciel de codage RQDA (R package for Qualitative Data Analysis). Ce logiciel peut être téléchargé librement sur internet et est gratuit.

Il permettait d'intégrer les verbatims puis de créer un code avec autant d'entrées que souhaité.

L'analyse thématique :

Ensuite, le processus de catégorisation de chaque code puis de thématisation était également réalisé par chaque chercheur de façon indépendante afin de réaliser un **double codage**.

Une fois ces étapes terminées, pour chaque entretien une **mise en commun** de l'analyse de chaque chercheur était faite, en comparant les points communs et différences. Issu de cette démarche comparative et réflexive, un consensus était obtenu. Cette méthode permettait la triangulation de l'analyse afin de réduire le biais d'interprétation propre à chaque chercheur. Cela a justifié en grande partie le choix de réaliser ce travail à deux thésards.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

1.1. Recrutement

Nous avons retenu 89 profils pouvant correspondre aux critères d'inclusion.

Sur ces 89, 35 ont été exclus car comportaient des critères d'exclusion.

Sur les 54 restants, 18 personnes n'ont pu être contactées, 4 ont exprimé un refus de participation, 3 ne vivaient plus à Bordeaux, et 15 personnes n'ont pu être rencontrées soit car aucune date de rencontre définitive n'a été actée soit car ils ne se sont pas présentés au rendez-vous. Nous avons donc réalisé 14 entretiens du 18 novembre 2019 au 4 mars 2020.

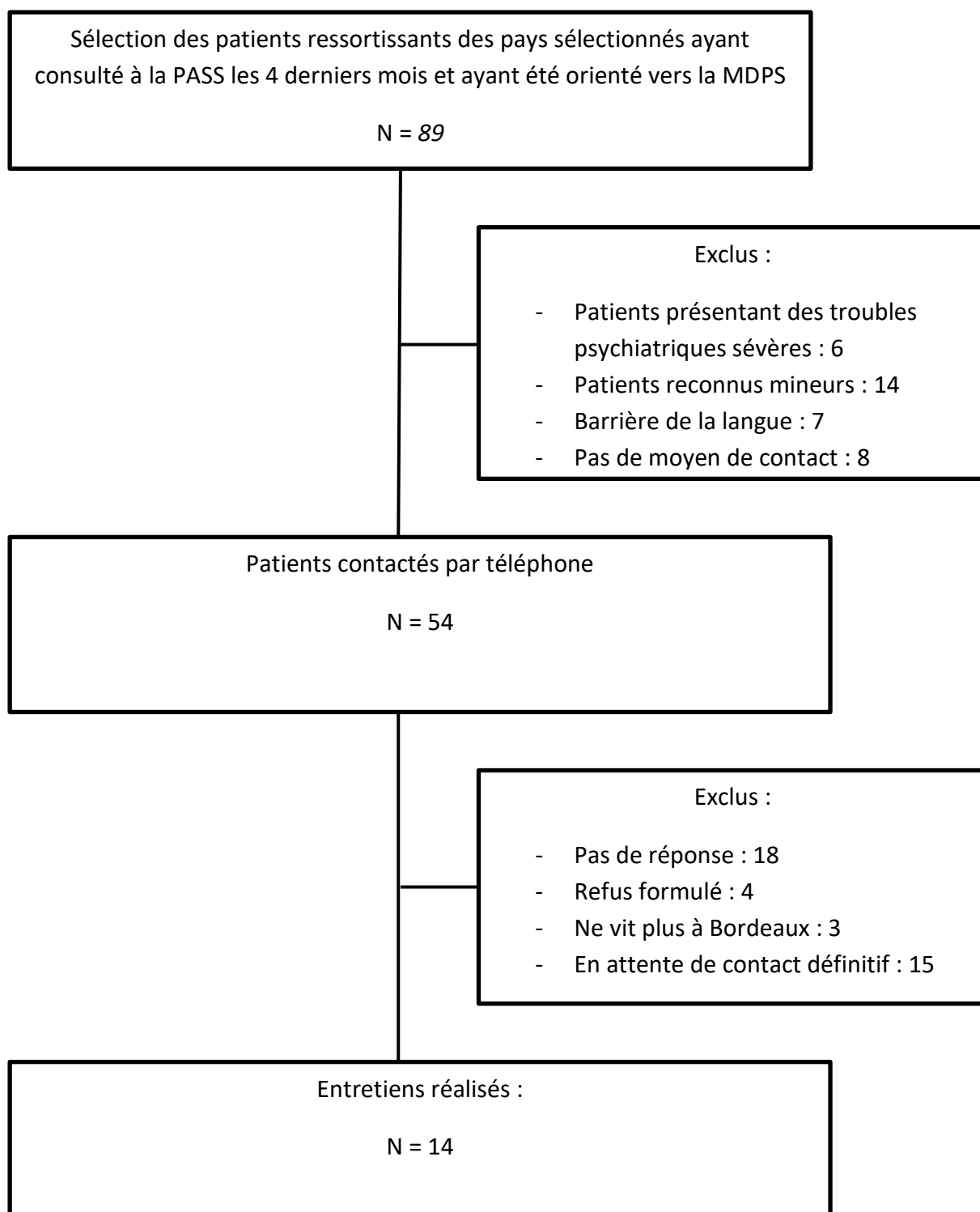


Figure 6 : Diagramme de flux

1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens duraient entre 15 et 37 minutes. La moyenne était de 30 minutes.

L'échantillon comporte 12 hommes et 2 femmes.

Parmi eux, 5 n'avaient pas réalisé de dépistage au CeGGID de Bordeaux suite à l'orientation. Les 9 autres avaient fait le test.

Les âges extrêmes étaient de 18 et 42 ans. L'âge moyen était de 24 ans et 1 mois, et l'âge médian était de 29-30 ans.

Un des répondants parlait anglais, les 13 autres parlaient français.

Les répondant(e)s étaient originaires de 8 pays. Ces pays font tous partie des 10 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale dont les ressortissants sont les plus souvent rencontrés à la PASS du CHU de Bordeaux.

Le niveau de scolarisation allait d'un niveau équivalent CM2 au Bac +1.

9 étaient sans domicile fixe au moment de l'orientation et 5 étaient hébergés.

Le délai depuis l'arrivée en France était en moyenne de 13 mois, avec des valeurs extrêmes de 5 et 24 mois.

Les données concernant le statut administratif, jugées sensibles, n'ont pas été incluses dans ce tableau. 7 personnes étaient en situation irrégulière au moment de l'enquête, et 7 autres étaient demandeurs d'asile.

	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>Origine</u>	<u>Dépistage à la MDPS après orientation</u>	<u>Langue parlée</u>	<u>Niveau scolaire</u>	<u>Logement au moment de l'orientation</u>	<u>Arrivée en France depuis (n= nombre de mois)</u>
R1	40	Homme	Côte d'Ivoire	Non	Français	Bac	Absence	21
R2	40	Homme	Mauritanie	Oui	Français	CM2	Hébergement par un(e) proche	6
R3	20	Homme	Guinée-Conakry	Oui	Français	Bac+1	Absence	22
R4	21	Homme	Nigeria	Oui	Anglais	Lycée	Absence	6
R5	18	Homme	Guinée-Conakry	Oui	Français	Collège	Absence	5
R6	37	Femme	Cameroun	Oui	Français	Lycée	Hébergement par un(e) proche	10
R7	19	Femme	Guinée-Conakry	Oui	Français	Collège	Hébergement par un(e) proche	24
R8	18	Homme	Guinée-Conakry	Oui	Français	Collège	Hébergement par famille d'accueil	14
R9	37	Homme	Cameroun	Non	Français	Collège	Absence	20
R10	41	Homme	Sénégal	Oui	Français	Collège	Hébergement par un(e) proche	8
R11	28	Homme	Cameroun	Non	Français	Lycée	Absence	15
R12	18	Homme	Congo Kinshasa	Non	Français	Collège	Absence	10
R13	42	Homme	Congo Brazzaville	Oui	Français	Collège	Absence	13
R14	31	Homme	Sénégal	Non	Français	Collège	Absence	14

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

2. Présentation des résultats

2.1. Schématisation des résultats

Nous avons choisi de présenter nos résultats classés selon les modèles de représentation des déterminants de la santé. Cela nous a semblé plus pertinent que de dichotomiser la présentation sous forme d'opposition entre obstacles et facteurs favorisants. Cela aurait pu

amener à une division superficielle de thèmes identiques, un facteur considéré comme un obstacle pouvait avoir son strict opposé en tant que facteur favorisant. Surtout, dans un enjeu de santé publique, identifier et catégoriser les différents déterminants à l'œuvre permet de mieux appréhender leur origine et les actions à envisager pour y remédier.

Les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations. Ils sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (44).

On peut les classer selon leur place dans l'interaction entre les individus et leur milieu. Nous avons donc séparé les thèmes identifiés sous trois grandes catégories :

- les facteurs individuels ;
- les facteurs intermédiaires ;
- les facteurs structurels.

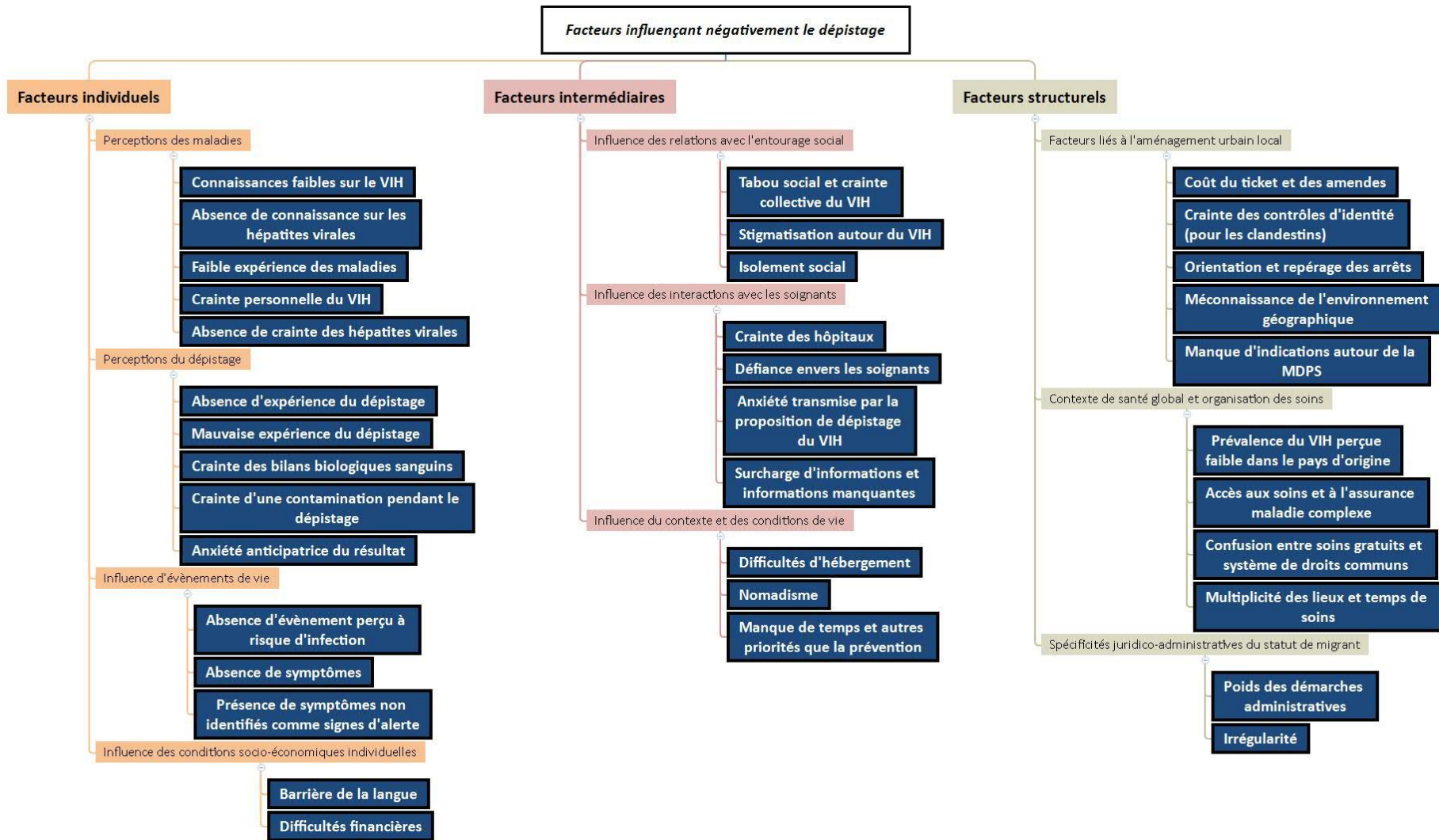


Figure 7 : Schématisation des résultats : facteurs influençant négativement le dépistage

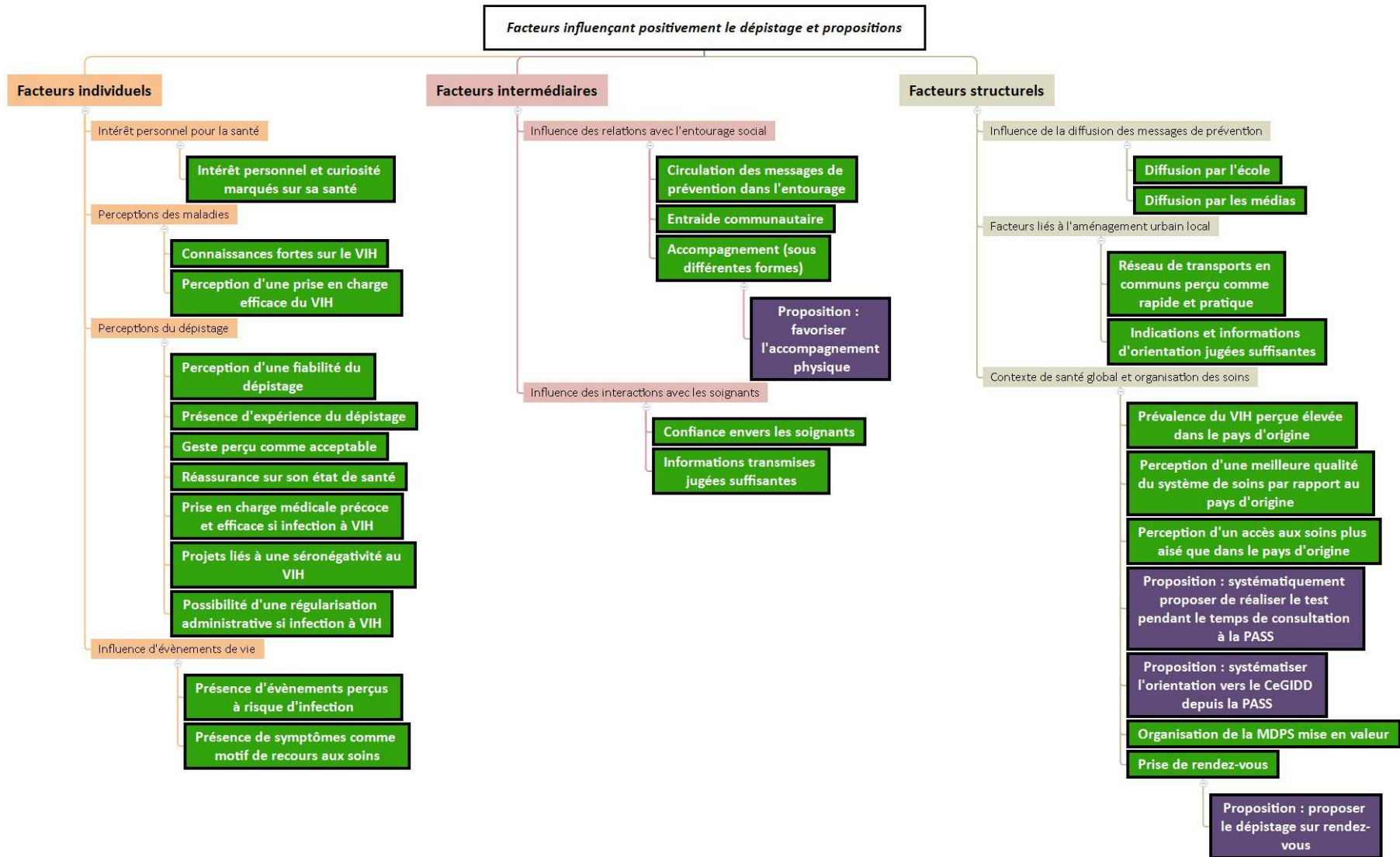


Figure 8 : Schématisation des résultats : facteurs influençant positivement le dépistage et propositions

2.2. Facteurs individuels

Les caractéristiques individuelles sont des éléments reposant sur la biologie, la génétique, mais également les choix et habitudes de vie, les comportements, les compétences, ainsi que les caractéristiques socio-économiques des individus.

Nous avons regroupé nos résultats en cinq grands thèmes émergents de nos entretiens de par leur redondance :

- L'intérêt personnel pour la santé ;
- La perception des maladies ;
- La perception du dépistage ;
- Le contexte et les événements de vie ;
- Les conditions socio-économiques individuelles.

2.2.1. L'intérêt personnel pour la santé

La totalité des répondants manifestaient d'une ou plusieurs façons un **intérêt prépondérant pour leur santé**.

On y retrouvait plusieurs dimensions, le fait que la santé était vécue comme une priorité, la curiosité manifestée envers ce sujet, le besoin de connaître sa santé ainsi que la mise en place de comportements de soins.

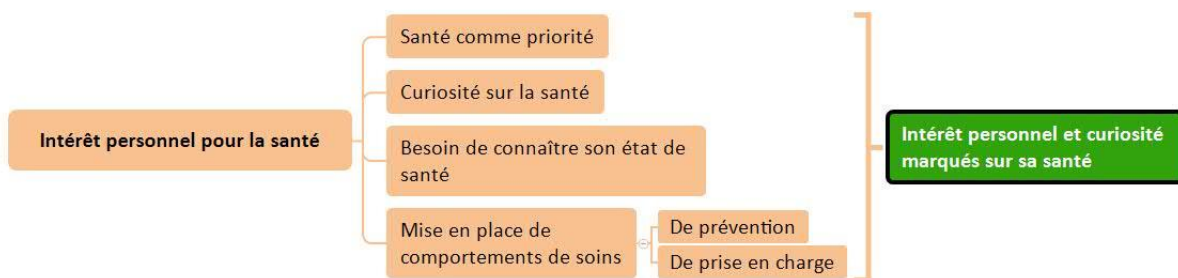


Figure 9 : Intérêt personnel pour la santé

La santé comme priorité :

Certains répondants évoquaient l'aspect primordial de leur bonne santé dans leur vie. Notamment pour certains en le comparant à la situation financière ou sociale. La bonne santé « économique » était par exemple reléguée à un rang moins prioritaire que la santé

« corporelle ». Pour autant, cela s'était traduit par la participation au dépistage au CeGIDD pour un seul des trois répondants concernés.

REPONDANT 8 « C'est quelque chose qui est très important. La vie là c'est la santé avant tout. Quand tu es en bonne santé c'est mieux par rapport à toute chose dans la vie, mais si t'as pas ça là. Même si on te dit que tu es le plus grand millionnaire dans la vie si tu es malade ça ne sert à rien. »

Curiosité générale sur la santé :

Plusieurs répondants manifestaient un intérêt centré sur l'apprentissage et la découverte de nouvelles choses. La curiosité, l'acquisition de connaissances était mise en avant pour justifier l'intérêt porté à la santé.

REPONDANT 3 « je voulais me renseigner aussi par exemple pour le papillomavirus, l'herpès tout ça, je voulais en savoir plus sur ces autres infections, sexuellement transmissibles. »

Besoin de connaître son état de santé :

La nécessité de vérifier l'état de santé individuel ressortait clairement pour une grande partie des personnes interrogées. Détachée du résultat et de ses conséquences (que nous évoquerons plus bas), il apparaissait que la mise à disposition d'examens de santé était en soi importante. L'accès à une meilleure connaissance de son corps était un enjeu primordial chez ces répondants.

REPONDANT 8 « c'est l'intérêt de tout un chacun d'aller faire le prélèvement. Parce que tu ne sais pas t'as quoi. Tout peut arriver. »

REPONDANT 10 « Oui je préférerais voir c'est quoi dans mon corps, c'est quoi mon maladie, pour cela je préférerais partir pour faire mon visite tout, tout. »

Traduction de cet intérêt : la mise en place de comportement de soins

On pouvait également percevoir l'intérêt porté à la santé individuelle traduit par la réalisation de comportements de soins, chez la quasi-totalité des participants.

- Des comportements de prévention :

La réalisation d'**actes de prévention** primaire était intégrée par la moitié des répondants comme une nécessité, et parfois une habitude. Elle se manifestait surtout par la **prévention de la transmission des IST**, avec l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels. Les

répondants évoquaient également la **prudence vis-à-vis de situations pouvant exposer à une exposition accidentelle au sang**, avec l'absence d'échanges d'objets personnels potentiellement contaminés (coupe-ongles et peignes, rasoirs...). Certains évoquaient aussi **la communication, la discussion à ce sujet avec leurs partenaires sexuels** dans ce but. A la marge, certains comportements retrouvés étaient dictés par des notions plus générales, comme le fait de faire attention à son **hygiène corporelle**. A noter que la réalisation du dépistage n'était pas systématiquement associée à des comportements de prévention (quatre sur sept).

REPONDANT 2 « Même en particulier moi j'ai ma machine partout là où je suis. Si j'ai peur au sang j'ai pas avec ça et puis pour me coiffer, c'est comme ça... »

REPONDANT 7 « Et puis quand je vais avoir des rapports sexuels je vais me protéger pour être sûr de rester bon. »

- Des comportements de prise en charge :

Ces comportements étaient principalement **d'aller voir un soignant, et de requérir des dépistages**, pour la majorité des répondants. Ceux-ci avaient pour but d'explorer et soulager des symptômes en allant voir un médecin, quand certains déclaraient aller spontanément à la recherche de dépistages, d'un bilan de santé. Néanmoins, certains (trois sur huit) n'avaient pas adhéré à l'orientation pour le dépistage en suivant la consultation à la PASS.

REPONDANT 9 « Donc si je doutais je voudrais y aller pour qu'on trouve une solution pour que je ne souffre pas de ça, pour qu'on essaie de combattre ça, et de trouver un traitement ».

REPONDANT 3 « moi c'est parce que j'étais intéressé à faire le dépistage, pour des prélèvements... ».

- Ainsi il semblerait que l'intérêt porté à la santé sous ses différentes formes puisse être un facteur favorisant le dépistage. Pour autant, dans ces résultats, un intérêt exprimé envers la santé n'était pas forcément prédictif de la réalisation du dépistage.

2.2.2. Perceptions des maladies

Lors de nos entretiens, nous avons cherché à relever chez les personnes interrogées les éléments pouvant influencer leurs perceptions des différentes infections étudiées. Nous espérons ainsi approfondir la connaissance des facteurs qui influençaient la prise de décision de dépistage de ces maladies.

Nous avons classé les éléments obtenus en plusieurs parties. D'abord les connaissances théoriques sur ces maladies, l'expérience de celles-ci, et la perception émotionnelle, principalement la crainte, qu'elles suscitaient.

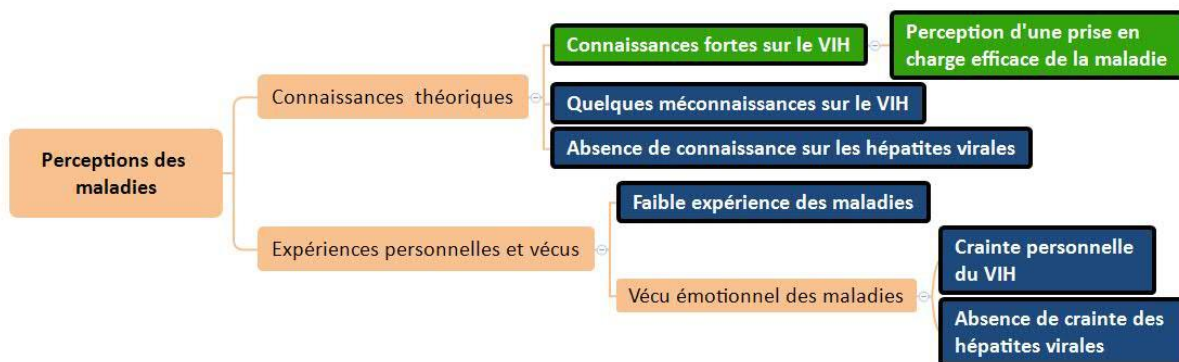


Figure 10 : Perceptions des maladies

Connaissances théoriques sur les maladies :

Pendant notre analyse nous avons constaté une différence très nette des connaissances selon les maladies. Nous avons donc séparé ces connaissances en fonction des maladies abordées : soit le VIH, soit les hépatites virales B et C.

- Des connaissances assez fortes sur le VIH

La quasi-totalité des répondants avaient de bonnes connaissances au sujet de l'infection à VIH. Et ce sur plusieurs aspects de la maladie.

- *Au sujet des moyens de transmission*

Les différents moyens de transmission, par **voie sexuelle ou par voie sanguine**, étaient rapportés. Différents risques d'infection par voies sanguines étaient évoqués, comme le partage d'objets potentiellement contaminés (rasoirs, matériels de tatouage, mais aussi les coupe-ongles, les ciseaux ou les peignes...), ou lors d'actes de soins avec du matériel contaminé (transfusion sanguine, chirurgie dentaire), ou de l'exposition accidentelle au sang d'autrui en cas de blessure.

REONDANT 6 « Ce qu'on nous a toujours fait comprendre, qu'il se contamine sexuellement, mais on nous dit aussi qu'il y a des ... la transfusion sanguine qui peut causer le VIH »

- *Au sujet de l'évolution de la maladie*

Certains répondants évoquaient également des éléments précis concernant l'évolution de la maladie, notamment le **caractère asymptomatique de l'infection à un stade précoce**, la

signification du **stade SIDA** qui était différenciée de l'infection par le VIH, ou les **symptômes** d'altération de l'état général en cas de stade avancé.

REPONDANT 6 « En fait je pense que quand on parle du SIDA c'est comme quelqu'un qui a déjà les symptômes. » ; « Et comme je disais, j'ai compris qu'on pouvait être bien portant mais avoir le VIH en soi. »

- *Au sujet de la prise en charge : perception d'une prise en charge efficace*

Les **moyens de traitement et leurs objectifs** étaient également connus d'une partie des personnes interrogées. La notion de l'absence de traitement curatif notamment. Plus précisément, on retrouvait également la notion du ralentissement de la maladie et de la diminution de la contagiosité chez les personnes traitées. La possibilité de réduire par traitement le risque d'une transmission du VIH d'une femme enceinte à son enfant lors de la grossesse et l'accouchement était également évoqué par l'un des répondants.

REPONDANT 2 « même si la femme a le VIH, on peut sauver l'enfant » ; « les pilules qui, qui arrêtent pendant un moment, le risque de contagion je crois... »

REPONDANT 9 « La médecine elle s'est développée, on peut déjà le calmer, tu peux vivre avec cela. »

- *Malgré quelques méconnaissances*

Quelques erreurs étaient cependant relevées à la marge, concernant par exemple les moyens de transmission du VIH : par le toucher, la proximité... Certains déclaraient en connaître le nom sans pouvoir en dire plus.

REPONDANT 10 « Non je ne connaissais pas, je ne connaissais pas. Je en entends mais je ne connais pas. »

- Des connaissances très limitées sur les hépatites virales

A l'opposé, les hépatites virales B et C étaient surtout relevées comme des maladies peu voire pas connues. En effet la large majorité avouait très peu connaître ces maladies, quand certains n'en avaient jamais entendu parler. En conséquence très peu de personnes s'aventuraient à décrire leur connaissance du sujet, et lorsque certains l'abordaient malgré leur méconnaissance avouée, on constatait des approximations (mode de contamination non connu, évolution de la maladie sur un mode A puis B puis C...).

REPONDANT 5 « Hépatite ça même pas je connais même pas le mot. Ici j'ai connu le mot : hépatite, hépatite. Je connaissais pas. Ouais. Ouais moi je connaissais pas. »

REPONDANT 11 « Bon et les hépatites, je sais c'est par la sueur, la salive, enfin la peau quoi »

Il apparaissait, pour un répondant, que la communication au sujet de ces maladies était bien faible en comparaison de l'infection à VIH, ce qui pourrait en partie expliquer ces connaissances limitées. Nous abordons le sujet de la communication autour de ces maladies dans l'entourage social et aux niveaux médiatique et scolaire dans d'autres paragraphes (cf 2.3.1. L'influence des interactions avec l'entourage social et 2.4.1. L'influence de la diffusion des messages de prévention).

REPONDANT 1 « c'est beaucoup le VIH, le SIDA dont on entend plus parler que les hépatites »

Expériences personnelles et vécus liés aux maladies

L'expérience personnelle de ces maladies était globalement faible.

Parmi les répondants interrogés, aucun n'était ou ne se savait atteint de l'une de ces maladies avant de réaliser un dépistage. Un seul des répondants ayant réalisé ce dépistage a déclaré avoir eu un diagnostic d'hépatite B.

La moitié ne déclarait pas connaître ou avoir connu une personne ayant une de ces infections.

Quatre répondants évoquaient connaître une personne atteinte du VIH ou d'une hépatite virale. Mais certains n'avaient qu'une vague notion du type de maladie dont leurs proches étaient atteints, voire ne manifestaient qu'une suspicion et une rumeur, et n'en étaient pas sûrs. Et il est à noter que les deux répondants connaissant un membre de leur entourage ayant eu le VIH avaient réalisé le dépistage, contrairement aux deux autres.

REPONDANT 1 « quand, je me rappelle bien, quand j'étais au pays encore euh, j'ai j'ai un ami d'enfance qui... Qui faisait qui faisait par moment qui faisait beaucoup de maladies, qui faisait beaucoup beaucoup... C'est maintenant je me rappelle, ah lala... Bon. Il nous a jamais dit de quoi il souffrait. C'est de bouche à oreille qu'on s'aperçoit que peut-être ça peut-être le VIH... »

Le vécu émotionnel des maladies :

L'analyse a mis en évidence le sentiment de crainte à l'évocation de ces infections. Les éléments retrouvés étaient différents selon que l'on abordait le VIH ou les hépatites virales, faisant écho à la connaissance de chaque maladie.

- Crainte personnelle du VIH :

La grande majorité des personnes interrogées manifestaient une crainte de l'infection par le VIH/SIDA.

REPONDANT 1 « C'est ce qui fait un peu peur, parce qu'on dit euh, le SIDA, le SIDA, le VIH ça fait peur. »

REPONDANT 7 « la maladie me fait peur »

Cette crainte était parfois exprimée telle quelle. D'autres répondants donnaient des éléments pour argumenter cette crainte.

On identifiait chez une partie importante des personnes la notion de **gravité de la maladie**, qui pouvait être associée à l'idée de souffrance, et d'incurabilité. L'absence de traitement pure et simple était également un motif d'inquiétude.

REPONDANT 5 « Surtout on dit que il n'y a pas les médicaments pour la trait, euh, pour traiter en fait tu vois. » ; « Alors toi à chaque fois tu entends que le VIH n'est pas bon, y a pas un médicament pour soigner t'entends ça, tu vois, du coup, tu vois une petite embrouille dans ta tête en fait, juste comme ça j'étais vraiment dépressif. »

Un répondant, croyant, associait cette crainte à « **l'immoralité** », liée selon lui à l'infidélité qui était le vecteur de la contamination au VIH.

REPONDANT 2 « oui ça fait peur oui, parce que c'est l'infidélité aussi ... »

Toutefois, cette crainte pouvait être contrebalancée par une **réassurance** liée au fait qu'une **prise en charge précoce et efficace** était possible. Cette notion était exprimée par deux répondants de 37 ans, plutôt expérimentés par rapport à la moyenne d'âge des participants.

REPONDANT 9 « Pour moi c'est une maladie, même si on me fait un test et que j'ai le SIDA c'est une maladie, c'est vrai que bon, je peux aussi réfléchir, les médecins aussi sont là pour me convaincre que je vais guérir. Tu vois un peu ? Je m'en passe. Bon c'est que si dans ta tête que c'est une maladie grave, que tu dois souffrir et ceci, cela patati et patata, bon ça va te travailler. Bon pour moi c'est une maladie comme les autres. »

- Crainte absente ou modérée des hépatites

En revanche, peu de personnes interrogées manifestaient de sentiment de ce type à l'égard des hépatites virales. Ceux qui exprimaient une crainte mettaient toutefois en avant leur méconnaissance du sujet.

REONDANT 6 « Ça m'inquiète aussi, je suppose qu'il y a des hépatites qui sont aussi mortelles, mais je n'en sais rien de tout ça. »

- L'analyse des résultats met donc en évidence une franche inégalité au sujet des connaissances des différentes maladies dépistées.
 - Les participants semblent bien connaître et ont conscience de la gravité du VIH, ce qui est un facteur favorisant à la réalisation d'un dépistage.
 - Ils sont très peu au fait des infections virales hépatiques chroniques et donc de leur potentielle gravité, ce qui est un frein à la réalisation du dépistage.

2.2.3. Perceptions du dépistage

Tout comme pour les maladies nous avons cherché à relever les différentes perceptions du dépistage des infections à VIH, VHB et VHC.

Nous avons classé les éléments qui relevaient soit des connaissances, soit de l'expérience soit des attentes et anticipation du résultat.

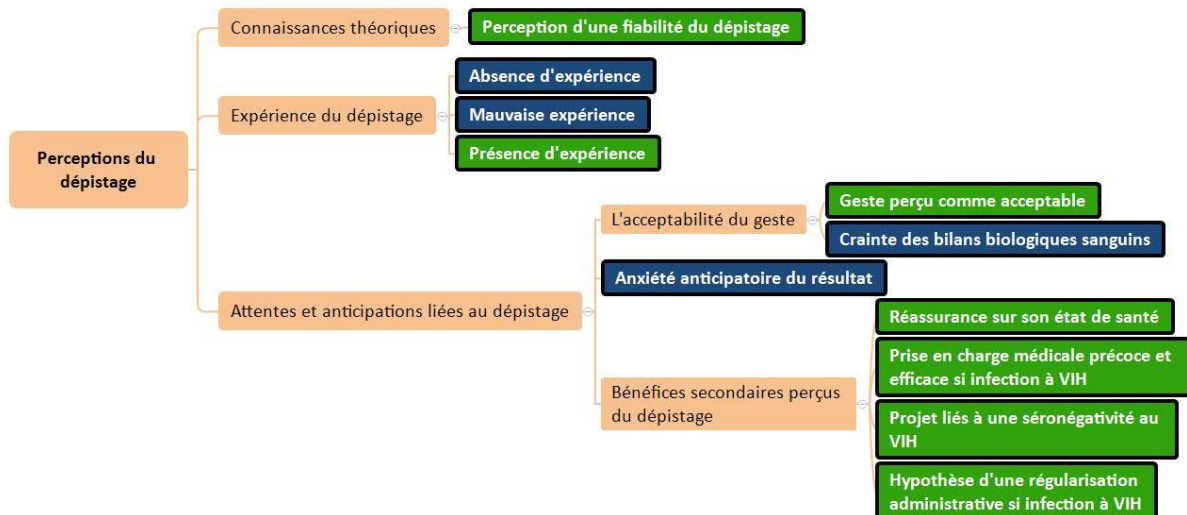


Figure 11 : Perceptions du dépistage

Connaissances théoriques :

Le dépistage par bilan biologique des infections à VIH, VHB et VHC faisait partie des prémices de présentation de l'étude. Il était donc convenu que les participants avaient connaissance du type d'examens, et le sujet de la connaissance du geste du bilan biologique n'était donc pas abordé.

Toutefois, l'analyse relevait que le bilan biologique était perçu comme plus performant que les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique, chez un répondant qui connaissait les deux moyens. L'examen en laboratoire et surtout la quantité de sang analysée donnait le sentiment d'un examen plus fiable.

REPONDANT 11 « moi je pense que la prise de sang est meilleure, c'est beaucoup plus sûr. Une bonne quantité de sang, on ne peut pas se tromper sur les résultats. »

Expérience du dépistage

Les répondants étaient interrogés sur leurs expériences des bilans biologiques sanguins et du dépistage des trois maladies étudiées avant la proposition d'orientation vers la MDPS par la PASS.

- Peu d'expérience des bilans biologiques sanguins

L'analyse relevait plusieurs situations. La plupart des personnes rapportaient n'avoir **jamais eu de dépistage ou de bilan biologique** avant l'arrivée en Europe. D'autres avaient déjà été dépistés en France, en Espagne ou en Italie.

REPONDANT 3 « non, prise de sang auparavant j'ai jamais fait. C'est ici en France. »

REPONDANT 4 « since my life it is my first time. »

A noter que parmi les cinq personnes interrogées qui n'avaient pas été à la MDPS après orientation, deux avaient déjà réalisé un dépistage qu'ils considéraient comme récent. Les autres n'avaient jamais eu de bilan biologique.

- Des mauvaises expériences vécues ou relatées

Parmi les répondants qui n'avaient aucun antécédent personnel de dépistage, trois avaient déjà vu réaliser des bilans biologiques sanguins et en avaient gardé un **mauvais souvenir**, lié à des **effets indésirables observés** (réaction cutanée, vertiges). A noter que deux d'entre eux n'était pas allé se faire dépister à la MDPS après orientation, et que le troisième avait manifesté une grande anxiété avant le test. Cela apparaît comme un obstacle net au dépistage.

REPONDANT 5 « Oui en Afrique, c'est les mêmes choses ils font, après ça se gonfle ! [...] Après la main ça se gonfle en partie là ça se gonfle. Tu vois ça fait que je voulais pas faire, je pensais que quand je pars, je vais avoir la même chose »

- Présence d'une expérience neutre du dépistage et/ou des bilans biologiques sanguins

Six répondants avaient déjà eu une expérience de dépistage ou de bilan biologique sanguin. Parmi ceux ayant réalisé un dépistage à la MDPS ou avant, l'acceptabilité du geste était assez bonne comme nous allons le voir plus loin (cf paragraphe suivant). Cependant, pour un des deux participants qui, malgré une expérience du geste, n'avaient pas réalisés le test, il est à noter qu'il considérait un précédent bilan réalisé dans un pays de transition comme faisant foi de son état de santé, bien qu'il n'ait eu ni communication des résultats, ni la connaissance du contenu du bilan. La proposition vers le CeGIDD lui apparaissait dès lors comme inutile.

Répondant 11 « Bon c'est encore que là pour le moment ce n'est pas prioritaire, parce que en fait mon bilan moi je l'ai déjà, je sais que suis en bonne santé. » ; « Je pense qu'on me l'avait fait en Italie mais bon puisque j'ai pas mis du temps là-bas, bon le petit temps que j'ai passé j'ai pas eu de résultats. Donc du coup je me suis dit tout est normal puisque c'est la Croix Rouge qui s'en occupait. »

Attentes et anticipations liées au dépistage

L'analyse a mis en avant un nombre important de représentations et d'attentes liées au dépistage, à sa réalisation et aux différentes conséquences liées à ce résultat.

- L'acceptabilité du geste

L'acceptabilité du dépistage semblait très contrastée : le spectre allant de l'acceptabilité totale au rejet franc était couvert.

- *Un geste perçu comme acceptable*

Pour les personnes ayant l'expérience des bilans sanguins, l'acceptabilité du geste n'était soit pas abordée, soit celui-ci était perçu comme un geste assez anodin. La fiabilité du bilan biologique augmentait l'acceptabilité, quitte à devoir le refaire pour un répondant.

REPONDANT 7 « Je sais que ça peut faire un peu mal mais c'est pas grave »

REPONDANT 11 « enfin peu importe, moi je pense que la prise de sang est meilleure, c'est beaucoup plus sûr.[...] C'est pour ça que je n'ai pas peur d'y aller. Même si le résultat est positif là je vais le refaire deux ou trois, quatre fois pour être sûr. »

○ *La crainte des bilan biologiques sanguins*

Cependant, le fait d'imaginer se faire piquer était inquiétant pour une partie importante des répondants. Cette crainte, quand elle était argumentée, mettait en avant la **peur des aiguilles**, la **peur du sang** ou la **crainte d'effets délétères liés à la perte de sang trop importante**, vécue comme mutilante. Tous avaient cependant déjà eu un dépistage, avant ou après orientation au CeGIDD.

REPONDANT 5 « Le premier jour, il voulait me faire une prise de sang, je voulais courir je te jure. Je voulais plus le faire. Moi j'avais peur de voir mon sang en fait. J'avais peur tu vois, j'avais cette sensation, j'avais peur. » ; « Mais ils m'ont vidé hein! Ils m'ont pris, ils avaient des, petits trucs, de sang, ils ont pris six. Six de sang dans mon sang. »

Un seul évoquait à demi-mots des **idées complotistes** alléguant des contaminations volontaires de personnes étrangères.

REPONDANT 3 « qu'on leur refille une maladie quoi c'est ça » ; « Ils ont, ils ont pas de confiance, dans le, au personnel de santé. Ils pensent que, ... qu'ils feront quelque chose quoi, des erreurs peut être ou que c'est volontaire... Erreur volontaire ou non volontaire quoi... »

• L'anxiété anticipatoire du résultat

Le stress lié à l'**anticipation d'un mauvais résultat** du test était présent chez une grande partie des personnes. Certains ressentait cette pression apparaitre dès la proposition du dépistage tandis que d'autres étaient mis à mal par l'attente après le test, ou encore par la convocation au rendez-vous de remise des résultats. Cela était essentiellement lié à la crainte de l'infection à VIH. Il était sous-entendu que certains pouvaient, par peur d'apprendre une mauvaise nouvelle, choisir de ne pas faire de dépistage.

REPONDANT 8 « dès qu'ils m'ont convoqué c'était un peu compliqué pour moi. Même la dame là où j'étais (patient vit en famille d'accueil) m'a dit t'inquiète pas on va attendre le résultat on ne va rien dire. Parce que tu ne peux pas anticiper. Mais comme ils m'ont convoqué, je me suis dit j'ai ça, j'ai ça... »

REPONDANT 11 « quand je discute avec certaines personnes vous voyez dans ce cas-là y en a qui par crainte en fait. Peut-être ils ne sont même pas malades mais ils ont peur des résultats, que ce soit positif et tout, tu vois, vous voyez. »

Cette anxiété pouvait également être en lien avec certaines conséquences liées à l'image d'une personne vivant avec le VIH dans l'entourage social, que nous détaillons plus loin (cf paragraphe 2.3.1. L'influence des interactions avec l'entourage social).

Cela peut donc constituer un obstacle au moment de décider de se faire dépister.

- Des bénéfices secondaires perçus du dépistage

Pour autant, des bénéfices secondaires au dépistage apparaissent comme leviers : l'amélioration de la connaissance de son état de santé, la possibilité d'une prise en charge médicale précoce et efficace en cas de maladie, des projets conditionnés par un statut séronégatif vis-à-vis du VIH et la perspective d'une régularisation administrative pour raisons de santé.

- *Réassurance sur son état de santé*

Comme relevé plus haut, la connaissance de l'état de santé individuel était importante. L'occasion à saisir de faire un point et de se focaliser sur son corps, en anticipant les deux issues possibles, était un argument fort pour plusieurs répondants.

REPONDANT 10 « Oui je préférerais voir c'est quoi dans mon corps, c'est quoi mon maladie, pour cela je préférerais partir pour faire mon visite tout, tout. Il ne faut pas dire comme ça je suis malade, on t'a proposé quelque chose, si tu n'as pas accepté ce n'est pas bien. Oui il faut accepter tout qui fait ton visite normal. Si ça va, ok ça va, si ça ne va pas ils vont te soigner ? »

La totalité des participants manifestait le besoin de s'ôter un doute concernant son **état de santé**, notamment la séropositivité au VIH, et la **réassurance** à ce sujet était donc un objectif primordial.

REPONDANT 4 « Only if you maybe, tell me, that you're going to, like [...] do something like test, I would go because, I know you, just wants to be sure. And me to be sure, I'm ok. »

REPONDANT 12 « non non ça ne me dérange pas parce que c'est, ça va me rassurer de plus comment je vais vivre donc je ne peux pas vivre maintenant dans le doute parce que si tu ne savais pas comment à l'intérieur de ton corps, bon si tu as une maladie que tu ne savais pas, c'est obligé d'aller à l'hôpital si le docteur te dit que oui ça va donc tu vas vivre en paix. »

- *Une prise en charge médicale plus précoce et efficace en cas de découverte d'infection à VIH*

Le fait de pouvoir se faire prendre en charge efficacement et précocement semblait lever un obstacle au dépistage pour certains répondants. La perspective d'être diagnostiqué infecté par le VIH n'avait pas le même impact en sachant que le traitement et le suivi serait assuré ensuite. Cette perspective était mise en relation avec la perception des systèmes de santé en France et dans les pays d'origine, comme nous le verrons plus bas (cf paragraphe 2.4.3. Le contexte de santé global et l'organisation des soins)

REPONDANT 6 « je dis que au moins si on est avertis plus tôt et qu'on prenne en charge plus tôt et qu'on a la possibilité de vivre longtemps aussi. Si on ne néglige pas »

- *Des projets liés à un statut séronégatif vis-à-vis du VIH*

Certaines personnes relevaient qu'un projet de **mise en couple avec un partenaire sexuel**, ou celui **d'avoir un enfant**, était un aspect motivant la réalisation d'un dépistage pour les IST. Dans un autre contexte, la visite médicale associée à la réalisation d'un certificat de non contre-indication pour l'obtention d'une licence sportive avait indirectement motivé la réalisation du dépistage et avait également entraîné le rattrapage du calendrier vaccinal.

REPONDANT 6 « j'avoue que comme je l'ai fait sans protection, maintenant je voudrais avoir ces résultats et mieux me poser sachant que lui aussi ses résultats, sont vraiment bons et puis qu'on s'y mette à fond. » ; « Mais ça va que j'ai eu ce rapport non protégé parce que j'ai envie avec mon âge d'avoir un enfant. Donc euh. Mais en même temps il faut quand même que je sache aussi si je veux vraiment le faire... »

A noter qu'à cet égard, le rendu d'un **examen anonyme** pouvait ne pas être une plus-value, mais risquait de mettre à mal le fait de « prouver » à autrui (partenaire, proche) sa séronégativité. L'un des répondants se questionnait sur la possibilité qu'un employeur puisse lui demander une sérologie négative comme condition à l'embauche.

REPONDANT 13 « Parce qu'au départ ils m'ont même proposé, est ce que vous voulez que ce soit anonyme qu'on n'affiche pas votre nom. J'ai dit non non non j'en ai besoin. Que je sois malade ou non malade il faudrait que vous affichiez. J'ai besoin que ce nom-là apparait. [...] Bien sûr parce que je peux les montrer à quelqu'un, au cas où je peux avoir une copine par exemple. » ; « quand il n'y a pas de nom qu'est ce qui prouve que c'est moi ? Il n'y a pas de preuve. »

- *L'hypothèse d'une régularisation administrative si infection à VIH*

Enfin, un des participants évoquait le fait **qu'être diagnostiqué séropositif pouvait amener à l'obtention d'un titre de séjour**. Cela était plus perçu comme une rumeur qu'une information fiable.

REPONDANT 13 « Parce que j'entends parler quand vous êtes atteint vous êtes prioritaires aussi d'avoir soit un papier administratif. Par exemple quand vous êtes atteint du SIDA vous avez déjà un acquis d'avoir soit un titre. »

- Au total nous constatons que la perception du dépistage n'était pas homogène en fonction des répondants.
 - L'expérience des bilans biologiques sanguins allait globalement avec une meilleure acceptabilité du geste et favorisait le dépistage. La perspective de bénéfices secondaires liés au dépistage tels que vérifier sa bonne santé et en conséquence de pouvoir faire des projets était une motivation. De même certains répondants voyaient dans le dépistage la possibilité de se faire soigner plus tôt et efficacement en cas de maladie.
 - Cependant, avoir constaté des effets secondaires pendant un bilan biologique apparaissait comme un obstacle à en réaliser un. Et un certain nombre de freins étaient également notés comme la crainte d'effets délétères du bilan biologique sanguin et l'anxiété anticipatoire du résultat.

2.2.4. L'influence d'évènements de vie

Le contexte de vie de chaque individu influence les comportements de soins. Or l'analyse a révélé plusieurs thèmes récurrents liés à des évènements de vie pouvant influencer sur le dépistage : les évènements perçus à risque d'infection et les symptômes comme signes d'alerte.

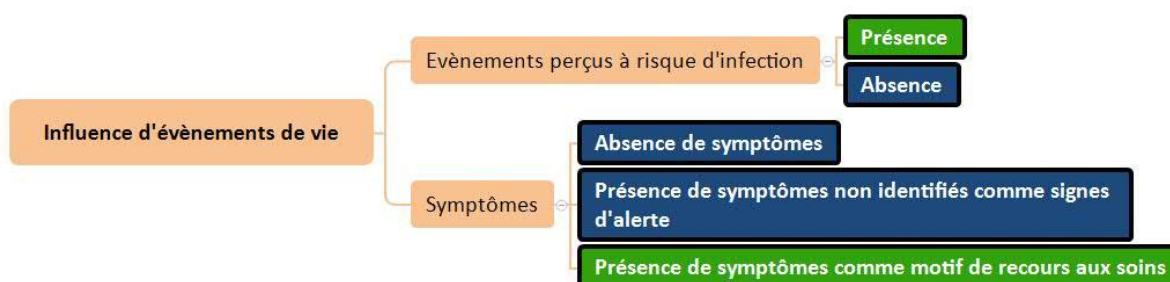


Figure 12 : Influence d'évènements de vie

Les évènements perçus à risque d'infection

Principalement, c'est **l'absence d'évènement identifié comme à risque** de transmission d'infection qui faisait office de frein à la réalisation du dépistage. En effet, différentes raisons étaient évoquées et permettaient aux répondants de se sentir moins susceptibles d'être contaminés : l'absence de relation sexuelle, la protection lors des rapports, l'exclusivité des rapports, l'absence de situation à risque d'exposition au sang d'autrui, voire même l'application d'une hygiène corporelle et de vie stricte (pas de consommation tabagique et alcoolique). A noter que toutes les personnes n'ayant pas réalisé le dépistage à la MDPS lors de l'orientation relaient un de ces arguments.

REPONDANT 3 « je me suis dit que, c'était intéressant, malgré le fait que, j'étais encore puceau, à ce moment-là. Mais j'ai dit peut-être que je l'ai »

A l'opposé, la **présence d'évènements perçus à risque d'infection**, telles que les relations sexuelles sans protection, ou l'exposition au sang d'autrui, revenaient à plusieurs reprises pendant nos entretiens. Ceux-ci semblaient inciter à réaliser le dépistage, seul l'un de ces répondants n'avait pas été au CeGIDD à la suite de la proposition, mais avait conclu l'entretien en affirmant sa volonté de se faire dépister.

REPONDANT 4 « Definitely I, I think so, I can't say no 'cause, I, maybe I've meet some sex without condom those kind of things. »

A quelques reprises lors des entretiens, les **conditions de vie temporaires** pendant la migration étaient reliées à un risque d'infection. Cela paraissait concerner le rapport entre le **manque d'hygiène** et les maladies infectieuses plutôt que le risque spécifique lié aux IST.

REPONDANT 13 « j'ai dormi dans des conditions qui n'étaient pas vraiment fiables, j'ai fui mon pays donc j'ai dormi dans des conditions qu'il ne fallait pas dormir, et puis le parcours, le chemin était long, voilà, voilà. Donc ce n'était pas vraiment agréable. »

Les symptômes

L'**absence de symptômes** était souvent perçue comme plutôt **rassurante**, et donc comme un motif de désintérêt pour le dépistage, ou pour le fait d'aller voir un médecin ou de réaliser des examens.

REPONDANT 3 « Et j'avais pas de problèmes. Donc je cherchais pas à savoir ce que j'ai dans mon corps quoi, comme problème. »

Cependant la **notion de maladie asymptomatique**, et donc de possibilité d'infection « cachée », transparissait également. L'**absence de symptômes** pouvait donc être **faussement rassurante** et ne justifiait pas systématiquement de refuser des examens.

REPONDANT 5 « je savais pas j'avais pas si j'étais malade j'avais pas la sensation que je vais avoir le VIH ou, parce que je sentais pas. [...] Nous les gens on se sent en bonne santé alors qu'on est pas en bonne santé. »

Cependant la **présence de symptômes** ne signifiait pas pour autant une inquiétude au sujet d'une IST et/ou un intérêt pour le dépistage car **non identifiés comme signes d'alerte de ces maladies**. Parfois même, ces **symptômes accaparaient l'attention**. En effet la place prise par

ces symptômes et leur soulagement ne permettait pas de porter un intérêt plus poussé envers le dépistage. D'autant que les différents symptômes relatés, comme les troubles digestifs, les douleurs ostéoarticulaires, ou les troubles psychologiques, n'étaient pas reliés à un risque d'infection à VIH ou VHB ou VHC et donc ne motivaient pas au dépistage. Néanmoins, la présence de symptômes était très souvent le **motif de recours à la consultation de médecine générale** de la PASS. Cela était donc indirectement une première étape dans le soin et donc un premier levier vers le dépistage.

REONDANT 9 « Que c'est la raison pour laquelle, oui je ne me suis pas aventuré pour aller là-bas. Puisque comme je suis venu ici pour la première fois c'est parce que j'avais mal. »

- Ainsi au sujet des évènements de vie :
 - L'absence de situation considérée comme étant à risque de contamination est en frein à la réalisation d'un dépistage.
 - A l'inverse des situations considérées comme étant potentiellement contaminantes favorisaient la réalisation d'un dépistage. Les situations de vies précaires avec des situations temporaires ou présence d'un manque d'hygiène peuvent être en faveur de la réalisation d'un dépistage.
- Au sujet de la symptomatologie les conclusions sont moins tranchées :
 - La présence de symptômes est globalement en faveur de la réalisation d'un dépistage. Sauf si le soulagement de cette symptomatologie trop prégnante prend le dessus sur la prévention.
 - En revanche l'absence de symptômes représente un frein à la réalisation des dépistages. Malgré le fait que certains répondants sont au courant du caractère potentiellement asymptomatique de ces pathologies à des stades précoces.

2.2.5. L'influence des conditions socio-économiques individuelles

Outre les histoires de vie et les perceptions des maladies et du dépistage issue de la culture et des représentations des individus, les facteurs socio-économiques individuels influent également sur la santé.

Par notre analyse nous avons retrouvé deux types de facteurs de cet ordre : la maîtrise de la langue ainsi que les difficultés financières.



Figure 13 : Influence des conditions socio-économiques individuelles

La barrière de la langue

Dans cette étude les participants interrogés étaient tous sélectionnés en partie par leur maîtrise du français et de l'anglais.

Néanmoins, de nombreuses **difficultés de communication** liées à la **barrière de la langue** étaient évoquées. En effet une grande partie des répondants, bien qu'ayant tous bénéficiés d'un enseignement en français ou en anglais dans leur pays d'origine, parlaient une langue maternelle différente, parmi les nombreuses langues répandues en Afrique de l'Ouest et Centrale. De plus, les différences liées à l'accent pouvaient s'ajouter à la maîtrise imparfaite de la langue.

Les difficultés se manifestaient alors notamment par la **lecture**, certains maîtrisant mieux le langage oral qu'écrit.

REPONDANT 2 « Ouais parce que à mon niveau de français je peux pas trop lire donc, raison pour laquelle... C'est ça »

Parfois, la **compréhension orale** était également un frein relevé pour certains.

REPONDANT 7 « Des fois c'est compliqué quand je ne connais pas je ne comprends pas tout. C'est difficile de discuter et pour m'exprimer et pour comprendre. »

Il était toutefois noté par un répondant que la France présentait pour lui **l'avantage de la maîtrise de la langue française** par rapport aux autres pays européens.

Des difficultés financières

Certains répondants avaient évoqué les **problèmes financiers** qu'ils avaient vécu. Ils constituaient également une des priorités au moment de l'orientation à la MDPS et avaient été un frein. Ce thème est lié aux difficultés d'hébergement et à la problématique du coût des transports (cf paragraphe 2.3.3. L'influence du contexte et des conditions de vie).

REPONDANT 3 « Et j'avais des problèmes financiers » ; « c'est pour ça aussi que je peux pas avoir d'allocations, financières et familiales, c'est pour ça que je pouvais pas aller ailleurs... »

- Dans cet échantillon composé de personnes migrantes et précaires les conditions socio-économiques individuelles évoquées, que ce soit la barrière de la langue ou les finances, semblaient être un obstacle à la réalisation du dépistage.

2.3. Facteurs intermédiaires

Les facteurs intermédiaires sont ceux issus des milieux de vie de l'individu. Ils peuvent faire partie de l'environnement social tel que la famille, le voisinage, la communauté. Ils peuvent dépendre du milieu scolaire, de celui du travail, des milieux d'hébergement. L'interaction entre l'individu et ces réseaux sociaux influence les apprentissages en santé et les comportements de soins.

Lors de notre étude, nous avons retrouvé plusieurs thèmes relevant de ces interactions. On pouvait les regrouper sous 3 types de milieux :

- Les influences de l'entourage social ;
- Les influences des soignants ;
- Les influences des milieux et conditions de vie.

2.3.1. L'influence des interactions avec l'entourage social

L'entourage social des répondants correspond aux milieux familiaux, amicaux et communautaires dans lesquels ils évoluent.

Lors de l'analyse du travail de recherche nous avons identifié trois thèmes prépondérants que sont :

- les interactions avec l'entourage social de façon générale ;
- les interactions avec la communauté ;
- l'influence de l'isolement social.

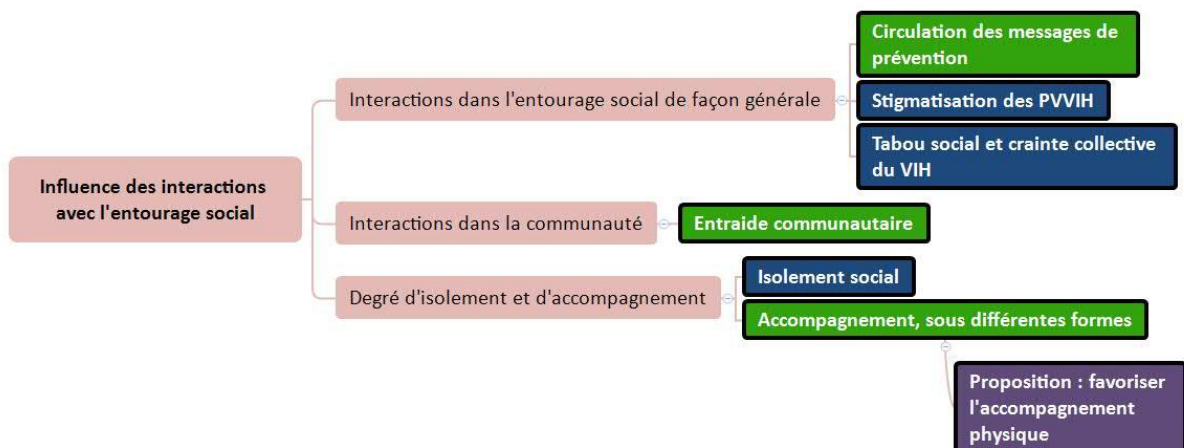


Figure 14 : Influence des interactions avec l'entourage social

Les interactions dans l'entourage social de façon générale

Nous avons choisi de classer ces thèmes dans un paragraphe sur l'entourage social de façon indéfini car ils n'étaient pas reliés à un milieu social précis. On y retrouvait : la circulation des messages de prévention dans l'entourage social, le tabou et la stigmatisation autour du VIH.

- La circulation des messages de prévention dans l'entourage social

On retrouvait qu'environ la moitié des répondants favorisaient ou constataient la **circulation d'informations, dans le cercle social proche**. Elles apparaissaient sous formes de **conseils sur la prévention** de la transmission des IST surtout, parfois sur les aspects de la maladie.

REONDANT 1 « C'est souvent avec des copains, des compatriotes on en parle »

REONDANT 9 « J'ai appris en en discutant avec des gens, en causant avec des gens et ils expliquent un peu les symptômes. »

- La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

L'un des éléments les plus redoutés dans l'acquisition du statut de malade du VIH était la **stigmatisation**. Elle était régulièrement identifiée comme plus présente dans le pays d'origine. Elle pouvait se manifester dans plusieurs couches de l'entourage, de la communauté ou de la société autour des individus. La discrimination par les personnels soignants, le rejet par les employeurs, par la communauté, par l'entourage social amical voire familial étaient les différentes facettes relevées.

REONDANT 6 « Bref quand j'étais là, elle n'est pas venue directement m'en parler qu'elle avait ça. C'est parce qu'elle était chassée de son entourage. Quand sa mère a su, c'était comme si c'était une malédiction, je vais dire ça comme ça »

L'un des participants, croyant, reliait la notion d'infidélité à l'acquisition de la maladie, et jugeait également immoral de diffuser l'infection par la sexualité hors du mariage.

REONDANT 2 « Bah par exemple, tu es, tu es avec ton épouse. Tu connais personne sauf, sauf lui. Donc euh, tu dois être fidèle, elle aussi doit être fidèle. C'est comme ça. Mais si toi l'homme tu n'es pas fidèle tu vas aller contaminer un innocent pour rien donc euh c'est pas du tout bien. »

- Le tabou social autour du VIH

Le sujet de l'infection à VIH, comme d'autres maladies graves, fait l'objet d'un **tabou**, que ce soit en France ou dans d'autres pays.

Ce tabou était évoqué sous plusieurs formes par la moitié des répondants. C'était un sujet qui était évité habituellement dans les conversations dans le cercle social. Certains l'évoquaient à demi-mots en évoquant les personnes qu'ils pensaient être atteintes du VIH et dont aucune confirmation claire ne leur avait été faite. La mention de la maladie semblait

également taboue auprès des personnes identifiées séropositives, ce qui engendrait un certain malaise sur les comportements à adopter en leur compagnie. Il apparaissait que les PVVIH cachait cette information, afin d'éviter la stigmatisation dont elles pouvaient souffrir (cf sous-paragraphe : La stigmatisation des PVVIH).

REPONDANT 1 « C'est maintenant je me rappelle, ah lala... Bon. Il nous a jamais dit de quoi il souffrait. C'est de bouche à oreille qu'on s'aperçoit que peut-être ça peut-être le VIH... »

REPONDANT 4 « Definitely they might be scared because, you know if maybe someone have a problem, like in Africa maybe have a problem now, they don't ... say it out. »

En rapport avec ce tabou, on relevait un **caractère collectif de la crainte du SIDA** chez quelques répondants. La peur de l'infection au VIH dans leur communauté et notamment dans leur pays d'origine était répandue selon eux, et cette peur se transmettait notamment par les interactions sociales. Il n'est pas aisé de conclure si la crainte de la maladie peut-être en lien avec une motivation ou une réticence à se faire dépister. En revanche il est possible de relier la stigmatisation des PVVIH avec cette crainte.

REPONDANT 5 « Car chez nous en Afrique, y a le VIH, y a, les gens parlent beaucoup beaucoup du VIH. Quand moi j'étais tout petit, j'entendais parler trop trop de la VIH. J'entendais, beaucoup, beaucoup beaucoup beaucoup parler. [...] Donc du coup quand je suis venu ici, on m'a dit, que j'ai ça c'est obligatoire que j'ai peur d'avoir, car en Afrique on en parle beaucoup. Du coup c'est venu dans ma tête aussi hein. »

Les interactions dans la communauté

- L'entraide communautaire

Pour deux répondants, l'entraide au sein de la communauté, notamment pour aider à la compréhension du français, transparaissait et apportait un levier intéressant pour la prise en charge.

REPONDANT 11 « Au moins ici ça va, c'est à l'aise, il y a de l'entraide et tout et la langue est parlée donc bon. »

Le degré d'isolement et d'accompagnement

Nous avons vu apparaître deux notions opposées que nous avons choisi de développer ensemble. L'impact de l'isolement social et par opposition l'impact de l'accompagnement.

- L'isolement social

L'isolement social en France semblait être un argument majeur pour quelques répondants pour justifier la non adhésion au dépistage. Ceux-ci évoquaient l'isolement comme un vecteur de **problèmes psychologiques : d'anxiété, de confusion**.

REPONDANT 1 « je connaissais personne j'avais pas d'ami. Vraiment, c'était, presque isolé, on peut dire ça ouais »

REPONDANT 5 « on te dit que tu dois faire une prise de sang, et puis personne ne t'accompagne aussi, personne ne te suit on te laisse tout seul. Donc tu peux pas y aller hein. Tu peux pas y aller franchement. Si tu n'as pas la tête tranquille, ou, ou quelqu'un qui te suit quelqu'un qui te parle, tu peux pas aller tout seul, car tu vas avoir peur. » ; « ça me faisait peur mais je vais pas y penser hein, car du coup quand je vais me laisser penser, ça va me, ça va me rendre quelque chose, je sais pas avoir quelque chose peut-être : la dépression, quelque chose de mental, pareil j'ai personne ici qui va me dire "calme-toi" qui va me conseiller, qui peut me faire s'arrêter comme ça, du coup moi j'ai mis dans ma tête tout ce qui m'arrive »

Les difficultés d'orientation géographique et le fait de ne pas pouvoir s'aider d'autrui pour combler ce manque était également décrit comme un frein à l'orientation vers le dépistage. Nous y revenons plus spécifiquement dans un paragraphe dédié (cf paragraphe 2.4.2. Les facteurs liés à l'aménagement urbain local).

REPONDANT 12 « parce que, si tu n'as pas de moyen de transport et tu n'es pas suivi encore par quelqu'un donc c'est pas facile. »

- L'accompagnement, sous différentes formes

A l'inverse, l'accompagnement constituait une rupture de cet isolement.

Il pouvait lever les freins liés à l'appréhension du dépistage, être un vecteur de réassurance, et se manifester efficacement sous la forme d'un **accompagnement psychologique**.

REPONDANT 5 « On doit t'accompagner par quelqu'un d'autre. Qui va rester assis à côté de toi, il te parle doucement, juste quand on fait la prise de sang, »

L'accompagnement physique (sur place) était souvent rapporté, comme proposition d'amélioration ou par expérience, comme un facteur favorisant la consultation dans les structures de soins, dont la MDPS. Et ce, de par la **facilité organisationnelle et du déplacement** que cela crée chez des personnes connaissant mal l'environnement.

REPONDANT 10 « Oui j'ai trouvé facilement. C'est quelqu'un qui m'a accompagné. C : C'est qui cette personne ? R : C'est ma copine. Oui. Parce que, elle elle a grandi ici. Alors que moi j'ai grandi en Afrique, au Sénégal. »

Cela pouvait également le favoriser de par **l'engagement que cela représente vis-à-vis de l'accompagnant**.

REPONDANT 9 « si quelqu'un dit que bon présentement il faudrait, on y allait peut-être ensemble, tu vois, et tu auras plus d'encouragements d'y partir parce que c'est pas que pour toi, c'est aussi pour lui qui va sacrifier son temps pour pouvoir t'amener. »

Accompagner pouvait également être mentionné comme une façon de **pallier à la barrière de la langue**, par des personnes parlant les mêmes langues qu'eux, dans une démarche d'entraide communautaire (cf paragraphe précédent).

REPONDANT 14 « Comme moi je comprends par exemple Poulaar, Soussou, Bambara. C : Ah oui donc vous aidez les autres R : Oui voilà, voilà pour parler. Si je parle par exemple avec les autres que je traduits au français. Donc si vous avez ça aussi sur place ça peut vous aider. »

Il était également proposé par plusieurs répondants, de le faire faire par des **accompagnants sociaux (des éducateurs, des membres de la communauté...)**, d'autant plus que les personnes étaient jeunes.

REPONDANT 5 « En fait moi je pense que, quand il y a un jeune qui doit faire une prise de sang, pour le VIH, on doit pas les laisser tout seul faire en fait. Sinon ils vont pas le faire. Ils doivent être accompagnés par, un éducateur ou quelqu'un qui le suit, qui lui dit, qui devrait l'accompagner si il doit faire une prise de sang. »

Au-delà d'accompagner sur place, les propositions recueillies mentionnaient l'importance d'un **suivi et d'un accompagnement social** comme pouvant améliorer l'adhésion à la démarche de soins et de dépistage.

REPONDANT 9 « Bon c'est bien qu'il y ait un suivi tu vois. Parce que si quelqu'un il sent vraiment pas mal il ne peut pas savoir. Bon c'est plus mieux quand il y a un suivi et qu'on ramène la personne à la raison pour laquelle il doit le faire. Et que la personne n'est plus poussée par ces, par toutes ces maladies il doit prendre les vaccins. Oui il faut accompagner cette personne à le faire »

L'expérience de plusieurs répondants était également mise en avant. En effet, pour certains répondants, asymptomatiques et peu inquiets, cette démarche paraissait initialement secondaire mais la stimulation au dépistage avait été efficace. D'autres relevaient l'apport du **cadre du suivi social** dans une situation de désœuvrement (attente de décisions administratives, impossibilité de travailler). Lorsque ces personnes, notamment les plus jeunes, évoquaient l'accompagnement réalisé par les associations et les éducateurs, il apparaissait une plus-value sur **l'éducation à la santé** et également **l'aide à l'organisation**. Cela était reconnu par des répondants parmi les plus jeunes (18-20ans) ainsi que des plus expérimentés (30-40ans).

REPONDANT 5 « Oui ça insiste à y aller faut pas qu'il me dit que, que je sais pas quelqu'un qui... En fait c'est eux qui m'ont aidé actuellement maintenant, moi maintenant je respecte les, l'heure, les rendez-vous. Avant je respectais pas. Si on me donne un rendez-vous je m'en fous. [...] Du coup ça m'a aidé, je les remercie

franchement, ça m'aide maintenant aller à l'heure, si on me dit à 9 heures je, je sais je dois aller à 9 heures, vous m'avez dit à 14h je suis venu à quelle heure, 55 tu vois. »

- Ainsi sur les relations et interactions dans l'entourage social :
 - L'entraide communautaire peut jouer un rôle favorisant sur l'adhésion au dépistage.
 - Cependant il ne faut pas minimiser les freins que représentent le tabou et la stigmatisation autour du VIH, issus d'une crainte collective de la maladie et qui peuvent donc constituer un obstacle important au dépistage.
 - L'isolement semble être un obstacle à plusieurs dimensions de la vie des répondants, et notamment dans le rapport à la santé.
 - Au contraire, bénéficier d'un accompagnement favorise et facilite les démarches de soins. L'accompagnement est valorisé et son renforcement est proposé comme une des solutions envisagées pour l'amélioration du dépistage.

2.3.2. L'influence des interactions avec les soignants

L'influence des soignants s'est manifestée à travers le degré de confiance que leur accordaient les répondants ainsi que par les différentes perceptions de la transmission des informations sur ce dépistage.

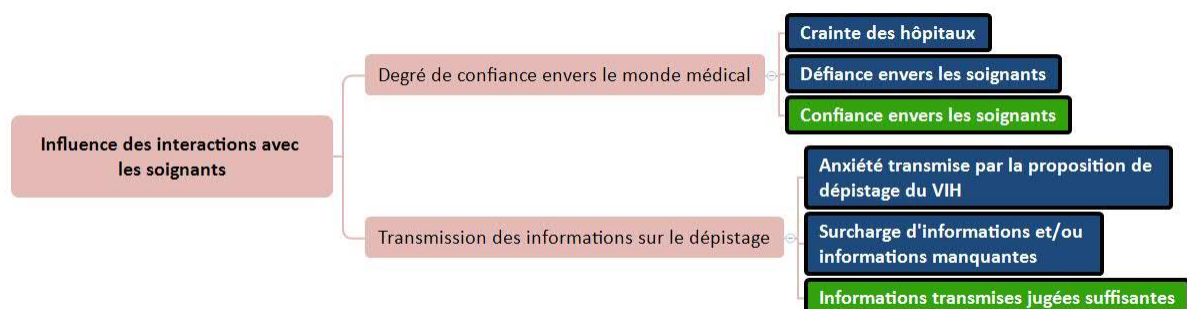


Figure 15 : Influence des interactions avec les soignants

Le degré de confiance envers le monde médical

Les analyses des entretiens nous ont montré plusieurs formes de défiance vis-à-vis des soignants.

- La crainte des hôpitaux

Tout d'abord, **la crainte des hôpitaux** était relevée. Elle se manifestait par la crainte de devoir aller dans une structure regroupant des malades et fermée. On peut également la rapprocher de la crainte des maladies évoquée précédemment au sujet du VIH (cf paragraphe 2.2.2. Perceptions des maladies). Elle était évoquée pour justifier de n'être pas allé (ou tardivement) à la MDPS mais aussi en relation avec la contrainte ressentie d'avoir été plusieurs fois à la PASS.

REPONDANT 11 « Bon et puis moi aussi il y a le fait que je n'aime pas trop fréquenter les hôpitaux, voilà j'aime pas, même rendre visite aux gens qui sont malades j'aime pas. Je ne sais pas pourquoi. »

- La défiance envers les soignants

Des idées complotistes et d'incompétence au sujet des soignants semblaient également présentes, un répondant les mentionnant à la 3^{ème} personne du pluriel, en se mettant à la place d'autres personnes qui auraient ces idées-là. Ces idées ne semblent pas cantonnées aux bilans biologiques sanguins et dépistages, mais l'idée de se faire injecter des maladies infectieuses dans un but pouvant être maléfaisant paraissait focaliser cette crainte.

REPONDANT 3 « Ils ont, ils ont pas de confiance, dans le, au personnel de santé. Ils pensent que, ... qu'ils feront quelque chose quoi, des erreurs peut être ou que c'est volontaire... Erreur volontaire ou non volontaire quoi... »

D'autre part, chez un des répondants cette **défiance envers les soignants** était **liée à la corruption, et aux conflits d'intérêt**. Il l'évoquait concernant son pays d'origine, en le comparant cependant avec sa vision du monde soignant en France qu'il estimait plus à l'abri de ces pratiques.

REPONDANT 13 « Des fois ils vendent ces médicaments alors que j'entends que ces médicaments là ils sont gratos. »

- La confiance envers les soignants

Malgré ces éléments négatifs, on retrouve de nombreuses marques de confiance ou de crédit accordé au personnel soignant.

Cette confiance pouvait s'exprimer sous la forme de **transparence envers le médecin**, perçue comme une condition nécessaire à une bonne prise en charge.

REPONDANT 2 « Si, si tu te caches, à ton médecin, tu vas pas guérir. Il faut lui dire tout ce que tu as. Nous sommes, nous, faut faire la nécessité, bon là, la nécessité quoi. Si tu caches quelque chose, là ça te fait mal tu le dis pas. Tu ne, si si, tu vas pas guérir. »

La **compliance dans le soin** nécessaire pour se laisser prélever du sang, était également un marqueur de cette confiance.

REPONDANT 7 « moi j'ai pas demandé où il fallait piquer. C'est la personne qui sait et qui fait comme il faut. Moi ça ne me dérange pas. Je suis là pour me soigner. » ; « Moi on me demande de faire alors je fais. »

On retrouvait également cette notion dans le témoignage d'**expériences positives des soins et de l'interaction avec les soignants**, qui peuvent nourrir la confiance envers eux. Le fait d'accueillir, de manifester de **l'empathie**, de prendre un temps pour **expliquer** correctement et s'assurer de la bonne compréhension, ou encore de veiller à **rassurer** sur le bon déroulé des soins (cf paragraphe « Accompagnement sous différentes formes »), tous ces éléments étaient mentionnés pour souligner une prise en charge perçue positivement.

REPONDANT 5 « Mais quand j'ai été là-bas j'ai rencontré une femme, qui m'a bien parlé, elle m'a aidé, j'ai donné mon âge, elle m'a dit c'est pas grave, que elle elle va m'accompagner, qu'ils vont voir si j'ai quelle maladie, si c'est le VIH qu'il y a le traitement, ils m'ont bien expliqué que y a les traitements maintenant qui sont venus, que il y a d'autres maladies, qu'ils vont essayer de me traiter, et, ok. Elle m'a soulagé un peu en fait. [...] La femme elle-même elle a vu que je voulais plus le faire maintenant, elle m'a dit que ce n'est rien ça fait pas mal, et puis j'ai vu ça fait plus mal, sinon j'allais courir hein. [...] mais ils m'ont dit que ça fait pas mal ils m'ont dit, ouf, j'ai vu le sang c'est fini, j'ai dit : "Ah c'était rapide". J'ai dit ça fait même pas mal. »

La transmission des informations sur le dépistage

- L'anxiété transmise par la proposition de dépistage du VIH

On notait un frein causé par la proposition de dépister les trois infections virales (dont le VIH). Deux des répondants, n'ayant jamais expérimenté de bilans biologiques sanguins, avaient exprimé avoir ressenti une grande **anxiété causée par la proposition de dépister le VIH par un médecin**. En effet, pour les participants, la parole du médecin créait déjà un potentiel statut de malade grave qui s'ignore. Le fait de proposer ce test, sans l'agrémenter d'une explication sur le caractère systématique de celui-ci, pouvait créer des sentiments de peur voire de colère contre les soignants. Car cette orientation vers le dépistage était vécue comme un mensonge par omission, qui aurait consisté à ce que le médecin, après sa consultation clinique, ne révèle pas au patient qu'il était probablement atteint de cette maladie.

REPONDANT 5 « Le premier jour quand le docteur m'a dit que je dois faire une prise, une prise de sang en fait j'ai eu peur ce jour. C'est ça je disais peut-être elle elle connaît déjà la maladie que j'ai, et le fait de me dire, c'est venu dans ma tête comme ça. Je me suis fâché contre elle en fait, j'ai dit ma docteur elle connaît peut

être ce que j'ai mais, elle refuse de me dire. Peut-être j'ai cette maladie et cette maladie. J'ai eu peur hein! J'ai eu carrément peur hein c'est tout. J'étais un peu triste en fait, euh j'étais un peu triste. [...] on te dit tu dois faire le dépistage, tu vois une embrouille obligatoire. T'as la tête qui vas tourner tu vas avoir, tu vas commencer à penser à quelque chose d'autre en fait [...] Le docteur il a, donc le docteur il te parle, et ça... ça te rend malade hein. Tu peux pas aller tout seul hein.

»

- Une surcharge d'informations et/ou des informations manquantes

Lorsqu'étaient évoqués les informations retenues après la consultation à la PASS au sujet de l'orientation vers la Maison Départementale de la Promotion de la Santé pour un dépistage, on constatait régulièrement que leur **transmission était imparfaite**, pour environ la moitié des répondants

D'abord, apparaissait une **faible mémorisation**. Elle pouvait être liée à une **surcharge en informations**, dans un contexte défavorable de souffrance psychique ou physique, comme évoqué plus haut.

REPONDANT 7 « Non je ne me rappelle pas de ce jour-là. Mais j'étais souffrante ce jour-là, je ne peux retenir de tout ce qu'on m'a dit. »

Certaines **informations liées à l'orientation** (plan, horaires, gratuité des soins, consultation sans rendez-vous) transmises lors d'un passage à la PASS, avaient également été **mal comprises ou étaient manquantes**. A noter que pour chacun des participants n'ayant pas été à la MDPS on retrouvait un obstacle de ce type.

REPONDANT 6 « J'étais venu ici le Lundi, je suis allé le Mercredi. Bon comme je n'avais pas la bonne, je suis allé le Mercredi mais je n'avais pas la bonne information pour... bref je n'avais pas vu dessus, non sur le plan qu'elle m'avait donné il n'y avait pas les horaires des vacances, c'est quand je suis arrivé là-bas le Mercredi qu'on m'a dit qu'ils sont ouverts de 9h00 à 14h00 et que c'est les horaires de vacances et on m'a donné le programme pour les heures de vacances. Je suis reparti le lendemain le Jeudi. »

REPONDANT 11 « Donc si je savais qu'il y avait eu un centre j'y serais allé. »

- Des informations transmises jugées suffisantes

Cependant le tableau n'était pas entièrement noir et on ne relevait **pas d'incompréhension des informations** données pour un peu moins de la moitié des répondants, qui n'avaient éprouvé ni difficulté ni confusion au sujet de l'orientation.

- Nous avons donc constaté que le rapport aux soignants est multiple et complexe. Il joue un rôle important dans l'adhésion au dépistage.
 - Le degré de confiance envers les soignants peut influencer de façon très variable l'adhésion au dépistage, et doit être renforcé pour optimiser l'adhésion aux soins.
 - La proposition d'un dépistage du VIH par un médecin peut être vectrice d'une grande anxiété si elle n'est pas adaptée et expliquée, et peut donc être un frein potentiel.
 - Enfin, le contexte d'orientation vers le dépistage est capital. Les messages de prévention dans un contexte aigu n'ont pas forcément été entendus ou adaptés.

2.3.3. L'influence du contexte et des conditions de vie

Le thème du contexte et des conditions de vie était principalement retrouvé lors de l'évocation des raisons de remettre à plus tard ou de ne pas faire de visite à la MDPS. Ces obstacles liés à la précarité et à la migration étaient déclinés en 3 sous-thèmes : le manque de temps, les difficultés liées à l'hébergement, le nomadisme.

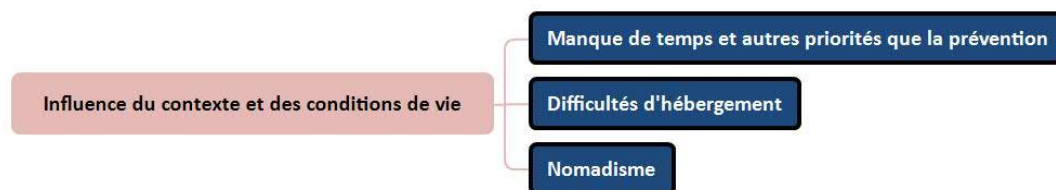


Figure 16 : Influence du contexte et des conditions de vie

Manque de temps et autres priorités que la prévention

Le contexte de vie et les autres aspects de la vie en dehors de la santé mobilisent l'attention des individus, au détriment de celle-ci.

Certaines des priorités étaient indéfinies, pouvant potentiellement être liées à des facteurs plus individuels, mais que nous allons toutefois classer dans cette catégorie. En effet, la majorité des nœuds de sens retrouvés concernaient des facteurs liés aux conditions de vie, et non à des choix individuels clairs, ce qui a orienté l'analyse dans ce sens.

En effet une partie des répondants exprimait que le degré d'urgence perçu de se faire dépister pouvait être inférieur à d'autres activités, considérées **prioritaires sur la prévention en santé**, sans toutefois rentrer dans les détails.

REONDANT 9 « Oui vous pouvez penser à autre chose, vous pouvez penser à faire une autre chose qui est plus nécessaire que celle-là et vous abandonnez. »

Corolaire de la priorisation des tâches à faire, le **manque de temps** était un argument empêchant la réalisation du test.

REPONDANT 11 « j'avais d'autres choses à faire. Je ne pouvais pas faire un arrêt parce que ça allait me prendre du temps, peut-être une demi-heure parce qu'il y a du monde, il faut attendre et après passer. Donc il fallait trouver une journée. »

Des difficultés liées à l'hébergement

L'**absence d'hébergement** constituait une des principales difficultés des répondants lors des entretiens. Une forte proportion des personnes migrantes primo-arrivantes ne dispose effectivement pas d'un logement, et au moment de l'orientation vers la MDPS, certains étaient plus préoccupés par la **recherche d'un abri** pour passer les nuits suivantes.

REPONDANT 3 « Oui, j'étais... j'étais un peu dans la galère, j'étais toujours euh, tous les 15 jours à appeler le 115 pour trouver du logement. Ouais je faisais les maraudes du soir, et je fais toujours les maraudes du soir »

Dans ce contexte, la perte d'affaires personnelles n'est pas rare. Certains abris insalubres ne constituent pas pour autant une sécurité à toute épreuve, et les **risques liés à l'insalubrité** pouvaient également donner lieu à des retards dans la réalisation du dépistage, en cas d'incendie ou de vols par exemple.

REPONDANT 12 « A la Maison Départementale de la Santé, mais en ce moment je n'avais plus de solution j'étais à la rue donc j'avais quoi faire... donc tu vois. Après maintenant c'est un jour ou deux jours maintenant. Parce que j'étais au squat de la gare là-bas, le squat a pris feu [...] Ouais donc tous mes papiers documentales hôpital ou j'avais perdu tout ça maintenant. »

Parfois le **défaut d'hygiène** lié à l'impossibilité de dormir dans des conditions convenables ou de se laver constituait un obstacle à la réalisation des démarches jugées moins urgentes. Le fait d'être reçu quelque part en étant sale était aussi une perspective qui pouvait empêcher de se présenter au dépistage comme dans d'autres structures.

REPONDANT 11 « Bien que je sois propre quand on me voit, bien habillé, propre mais je dors dans la rue. C'est juste que je fais l'effort d'être, voilà présentable quand je vais quelque part, voir le gens. Parce que si tu es horrible on ne peut pas te dire bonjour. »

Le nomadisme

La précarité du logement et le contexte de migration peuvent amener les individus à être **très mobiles**, ce qui pouvait être un obstacle au fait de se rendre à certains endroits ou en

rendez-vous. Néanmoins, dans le cas du répondant ayant exprimé ce frein, il avait pu poursuivre son parcours de soin après avoir retardé ses rendez-vous.

REPONDANT 13 « la prise de sang tout ça, après pour avoir les résultats il fallait venir les chercher cinq jours après. C : D'accord, ok. R : Quand je suis allé prendre les résultats après je leur avais dit en ce moment j'étais à Bayonne, j'étais reparti à Bayonne, je leur ai dit pour l'heure je ne suis pas encore à Bordeaux. »

- La précarité des conditions de vie constituait donc un des principaux obstacles à la démarche de soins. Cette condition précaire recèle un nombre important de difficultés dont la résolution est plus prioritaire que la prévention en santé.

2.4. Facteurs structurels

Les facteurs structurels se rapportent à l'accès aux ressources, infrastructures et services essentiels situés dans les milieux de vie et de travail des individus, ainsi qu'aux contextes plus globaux qui modulent tous les autres déterminants : contextes politiques, économiques, sociaux, culturels, ou environnementaux.

Dans cette partie, nous avons donc logiquement retrouvé des thèmes influençant et rejoignant des facteurs de niveaux intermédiaires et personnels décrits précédemment.

Par notre analyse nous avons retrouvé quatre grands thèmes :

- L'influence de la communication des messages de prévention par les médias et l'école,
- L'influence de l'aménagement urbain,
- Le contexte de santé et l'organisation des soins,
- Les difficultés administratives spécifiques au statut de migrant.

2.4.1. L'influence de la diffusion des messages de prévention

Nous avons constaté plus haut que les répondants avaient de solides connaissances au sujet du VIH. Une partie au moins de ces connaissances étaient dues à l'apport de la communication organisée par les médias et les services scolaires autour de la prévention du VIH dans leurs pays d'origine respectifs.



Figure 17 : Influence de la diffusion des messages de prévention

La diffusion des messages de prévention par l'école

Une grande partie des répondants relataient avoir appris leurs connaissances lors de **sensibilisations scolaires**. De plus, la totalité des personnes ayant évoqué des connaissances correctes à ce sujet avaient été scolarisées au moins jusqu'à la fin de l'école primaire/ le début du collège (entre 10 et 12 ans).

REPONDANT 3 « Des, des gens qui venaient au lycée pour euh sensibiliser, contre euh, le VIH SIDA, les maladies sexuellement transmissibles, et... Voilà. Ça nous a appris quelque chose, d'essentiel quoi. Sur comment on pouvait l'avoir le VIH »

La diffusion des messages de prévention par les médias

La **médiatisation par la télévision** de la prévention du VIH était également une source d'information régulièrement citée, bien que moins souvent que l'école.

REPONDANT 12 « à propos du SIDA je regardais ça à la télé parce que à la télé ils montraient les gens qui ont le SIDA »

- Ces efforts organisés de communication apparaissent d'une grande importance dans la population étudiée.

2.4.2. Les facteurs liés à l'aménagement urbain local

Parmi les freins et moteurs de l'orientation, certains facteurs cités concernaient le thème des déplacements et de la circulation dans la métropole de Bordeaux. On y trouvait des freins liés aux transports en commun sur le réseau Tram et Bus de la Métropole (TBM), ainsi que des difficultés d'orientation dans la ville.

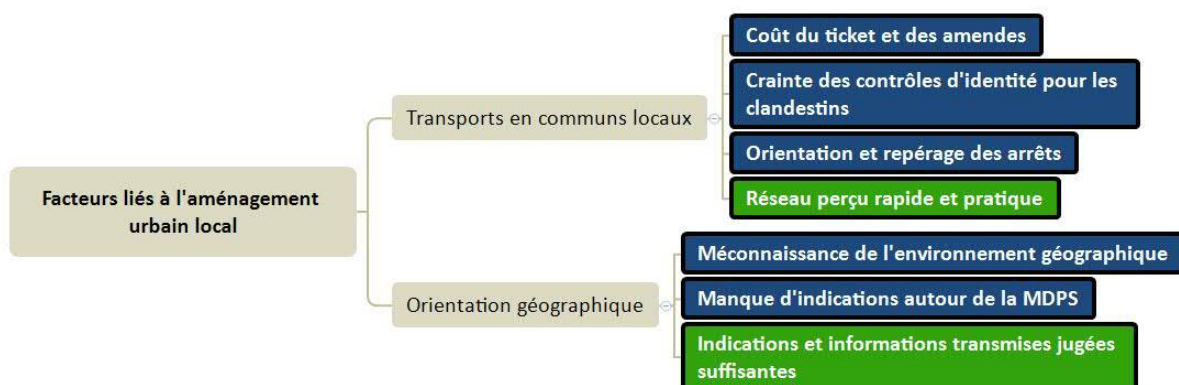


Figure 18 : Facteurs liés à l'aménagement urbain local

Les transports en communs locaux

- Le coût des tickets et des amendes

Parmi les répondants de l'étude, certains avaient dû repousser le dépistage à la MDPS car ne possédant pas de titre de transport sur le réseau TBM. Le **coût du titre de transport** était un obstacle au déplacement vers la structure, dont la situation géographique est relativement éloignée de l'hôpital Saint-André et du centre de Bordeaux.

REPONDANT 3 « donc j'avais pas de, carte de transport. Et j'avais pas d'argent aussi pour me le payer, un ticket. »

L'aspect financier pouvait jouer de nouveau : **le coût des amendes** était dissuasif pour certains, trop élevé pour prendre le risque de circuler sans titre.

REPONDANT 12 « moi les déplacements je le fais avec le pied parce que avec le tram je sais que la situation n'est pas bon si les contrôle sur tombe sur moi la bas, et bon ils vont me facturer donc un amende que j'ai pas la monnaie donc j'étais obligé de marcher avec le pied parce que je ne me déplace pas trop encore »

- La crainte des contrôles d'identité pour les clandestins

Parallèlement à la difficulté à se procurer des titres de transports, la **crainte des contrôles** de ces titres dissuadait un certain nombre des répondants à emprunter le réseau de transports en commun.

REPONDANT 3 « Et donc euh, il y avait, ça commençait les contrôles et tout, les contrôles, TBM, Mais... ça me fait stresser mais le bus que je prends pour aller là-bas c'est, il n'y a pas de vérification, c'est, le bus 16.»

L'éventualité d'un contrôle d'identité risquait également de révéler le statut d'étranger en **situation irrégulière** en France. Cette perspective représentait un risque trop important en cas de communication avec les services de police/préfecture, comme nous le détaillerons plus bas (cf paragraphe 2.4.4. Les spécificités juridico-administratives du statut de migrant).

REPONDANT 9 « C'est pas aussi facile de se déplacer aussi facilement. C'est un peu compliqué surtout quand on est dans une situation irrégulière. Vous voyez, il faut avoir des abonnements, des tickets, tu vois. Bon je ne veux pas trop parler de ça là maintenant. Mais ça fait aussi partie du problème. »

- L'orientation et le repérage des arrêts

Également, pour un des répondants, la **situation des arrêts de bus** environnant la MDPS, dont l'aller et le retour sur la même ligne, la plus empruntée (Liane 1), ne se situent pas au même emplacement, peut créer des désagréments lors du retour.

REPONDANT 13 « j'ai cherché, mais c'était pas facile, c'est pénible parce que, heu primo quand on vous dépose par le bus et le retour ça vous pose problème parce que c'est, en partant c'est juste le sens unique donc du coup pour le retour pour être le même bus, la même direction vous êtes obligé de marcher deux kilomètres à peu près. »

- Un réseau perçu rapide et pratique

Le **réseau des transports en commun** était cependant relevé par certains participants comme permettant un accès **rapide et pratique**.

REPONDANT 3 « Ouais, le bus 16. Donc c'était simple et rapide je l'ai pris à la République, à la place de la République. »

L'orientation géographique

Le repérage et l'orientation peuvent être difficile. Et ce pour différentes raisons, dont voici celles rapportées par cette analyse.

- La méconnaissance de l'environnement géographique

Certains des répondants avaient été mis à mal à cause de leur **connaissance faible de l'environnement**, étant arrivés récemment dans un milieu nouveau. Plusieurs déclaraient que la seconde venue à la MDPS pour la remise des résultats leur avait paru bien moins complexe. A noter que la plupart des répondants ayant exprimé cette difficulté étaient arrivés depuis peu de temps au moment de l'orientation (R4, R5, R10), mais que cela avait également été le cas pour l'une des personnes interrogées parmi les plus anciennes sur le territoire (R3), ce qui peut être expliqué par la localisation de la structure dans un quartier n'étant pas un point de passage très commun.

REPONDANT 10 « Oui si tu ne sais pas c'est un peu compliqué de trouver. Mais si tu connais là-bas c'est facile. »

- Le manque d'indications autour de la MDPS

Si la découverte était un obstacle, le **manque d'indications** l'était également.

La **signalisation de la Maison Départementale de la Promotion de la Santé** dans son quartier et à son emplacement même avait été relevée par quelques répondants comme **peu visible**.

REPONDANT 3 « j'avais vu la cité administrative et je pensais que peut-être c'était pas là, que j'avais pas vu la maison de santé et je commençais à continuer et après j'ai vu que c'est écrit Maison Départementale de la Santé. »

- La barrière de la langue

La **barrière de la langue** enfin, déjà évoquée, avait été un handicap pour certains participants au dépistage pour lire les indications ou demander son chemin.

REPONDANT 13 « la première fois ça a été compliqué mais juste que si vous avez du mal à vous exprimer, vous aurez du mal à vous renseigner et quand vous avez du mal à lire aussi ça peut poser problème ».

Il est à noter que tous ceux ayant relevé des difficultés d'orientation sur le trajet en avaient fait l'expérience, et avaient participé au dépistage au CeGIDD. Ces répondants avaient pris la décision de se faire dépister et s'y étaient tenus malgré les problèmes rencontrés.

- Des indications et informations transmises jugées suffisantes

Cependant, des **facilités d'orientation** étaient également mises en avant par certains des participants à l'étude.

D'abord, les facteurs favorisant étaient liés aux **informations données et aux indications**. Les plans, descriptions et panneaux paraissaient convenir à l'orientation correcte pour certains répondants.

L'utilisation de **la géolocalisation par le téléphone** était aussi mentionnée comme aidante, le réseau de données mobiles étant perçu plus accessible que dans le pays d'origine. Seule l'adresse était nécessaire dans ce cas pour accéder à la structure.

REONDANT 11 « Non, non ça ne peut pas être difficile à trouver ? moi je ne pense pas que ce soit que ça la raison. Parce que tous les lieux sont bien indiqués, on vous oriente donc, et les transports sont là pour ça. C'est pas comme en Afrique où il faut, il y a pas de GPS, il faut voyager à l'aveuglette quoi (rires) Ici c'est plus facile à trouver. »

- Le tissu urbain local impactait donc de différentes façons l'orientation vers le CeGIDD :
 - L'usage des transports en commun, bien que pouvant être perçu comme un moyen de transport simple et rapide, recèle plusieurs obstacles à l'orientation à la MDPS, le réseau TBM étant soumis à des règles de circulation dont certaines personnes peuvent difficilement s'acquitter, pour des raisons financières ou d'irrégularité. La situation des arrêts de bus soulève également des difficultés d'orientation géographique.
 - Les obstacles et facteurs favorisant l'orientation géographique entre la PASS et la MDPS sont en partie dépendantes des individus, de leur maîtrise de la langue, et des informations transmises par les soignants. D'autres facteurs sont liés à l'environnement physique et à son aménagement.

2.4.3. Le contexte de santé global et l'organisation des soins

Les systèmes de soins et leur organisation sont difficilement dissociables du contexte de santé auquel ils font face. Nous avons donc choisi de présenter ensemble ces trois parties.

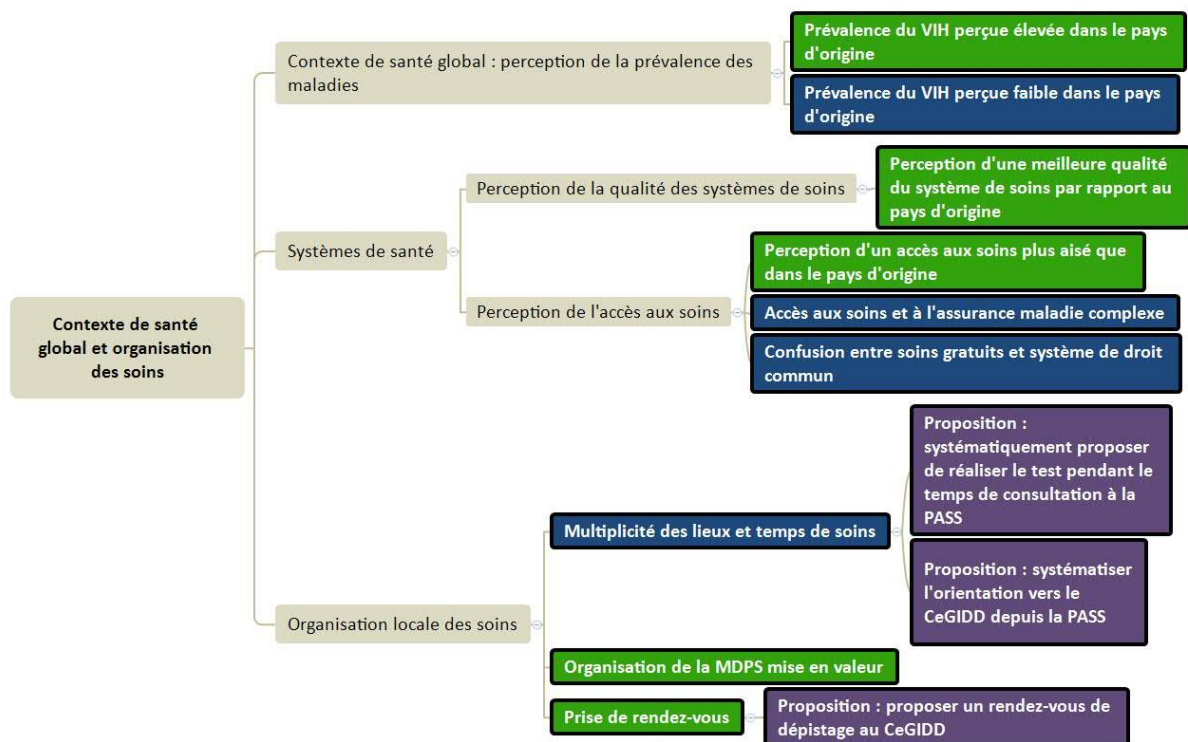


Figure 19 : Contexte de santé globale et organisation des soins

Le contexte de santé globale : La perception de la prévalence des maladies

Quelques répondants, en abordant **l'infection à VIH**, évoquaient la **prévalence perçue élevée dans leur pays d'origine** en général. La susceptibilité d'être contaminé apparaissait plus prégnante dans ce type de discours.

REONDANT 5 « Quand vous me demandez peut-être c'est ça, parce qu'ils ont peur car chez nous en Afrique il y a le VIH, ça finit pas... Là-bas il y a beaucoup de taux de, de maladies en Afrique »

Cependant l'un d'entre eux, évoquait une **prévalence du VIH plutôt perçue faible dans un pays**, le Sénégal, comparativement au poids d'autres pathologies dans la santé publique tels que le diabète ou l'hypertension, et le dépistage n'apparaissait donc pas comme une priorité.

REONDANT 10 « Au Sénégal je ne dis pas qu'il y a pas le SIDA mais ce n'est pas nombreux comme dans les autres pays en Afrique. C'est pas beaucoup comme les autres pays en Afrique. »

La prévalence des hépatites virales n'était en revanche jamais abordée.

- La représentation du contexte de santé auxquels les participants ont fait face dans leur pays d'origine est variable ; elle peut influencer la décision de dépistage. La perception d'une forte prévalence d'une maladie dans le milieu de vie, et donc du

risque d'être contaminé, peut-être un moteur du dépistage. C'est ce que nous avons fréquemment observé pour le VIH. A l'inverse la perception du risque de contamination par les hépatites virales reste absente.

Les systèmes de santé

Les données recueillies ont mis en évidence des perceptions relatives à la qualité des systèmes de soins ainsi qu'à l'accès à ces systèmes. Ces perceptions différaient selon que l'on parlait de système de soins en France ou dans d'autres pays.

- La perception de la qualité des systèmes de soins :

Le **système de soins Français** était perçu par deux des répondants comme **étant de meilleure qualité que dans leur pays d'origine**. S'y associait une certaine confiance envers le monde soignant en France, plus importante que dans le pays d'origine, et motivant les comportements de soins après l'arrivée.

REPONDANT 13 « par rapport à nos conditions, de nos hôpitaux de nos pays ce n'est pas du tout fiable. C'est pas crédible donc du coup on est toujours inquiet en ce qui concerne notre santé donc du coup quand on arrive dans le pays sans demander comme, la France où la santé est un peu fiable on est obligé de se donner à fond pour connaître l'état de santé. »

- La perception de l'accès aux soins :
 - *La perception d'un accès aux soins plus aisé que dans le pays d'origine*

La plupart des répondants évoquaient les conditions d'accès aux soins, que ce soit en France ou dans leur pays d'origine.

Ainsi, une majorité des répondants relevaient que **l'accès aux soins en France** leur paraissait **plus aisé que dans leur pays d'origine**. L'un relevait que l'accès lui paraissait plus aisé en France que dans un pays de transition (en l'occurrence l'Italie).

REPONDANT 3 « l'accession, accéder à la santé là-bas, c'est pas comment en France, faut pas se mentir c'est pas comme en France, ouais... »

La moitié des répondants nous rapportaient les **difficultés d'accès aux soins dans leur pays d'origine**, en comparant parfois avec la situation estimée plus aisée en France.

Parmi eux certains relevaient que cette difficulté d'accès aux soins dans leur pays était liée à des **limites financières**.

REPONDANT 3 « quand j'étais en Afrique mes parents m'ont, m'envoyaient pas trop chez le médecin, puisque c'était payant tout ça. »

Pour d'autres, le **manque de moyens institutionnels** était en cause. L'accès aux structures de soins étant restreint, l'automédication pouvait être favorisée.

REPONDANT 5 « en Afrique il y a pas le traitement pour nous [...] Voilà on suit pas les traitements comme il faut tu vois. Il y a pas les hosp, y a pas les hospitaux comme ici, tu vois du coup c'est les médic, en fait, les médicaments traditionnels on utilise plus souvent, alors ça peut pas faire tout »

- *L'accès aux soins et à l'assurance maladie complexe*

Toutefois, en France, des **difficultés liées à l'accès à l'assurance maladie** sont citées. L'attente d'avoir une Aide Médicale d'Etat ou une Couverture Maladie Universelle (devenue depuis Protection Universelle Maladie) selon le statut administratif, était identifiée comme **l'obstacle à l'accès aux soins de droit commun**.

Cependant parmi les cinq répondants qui évoquent ces difficultés, deux expliquent qu'ils ont quand même pu avoir **accès à la PASS** et bénéficier du **dépistage à la MDPS**.

REPONDANT 6 « N'ayant pas les moyens de me payer un spécialiste, entre temps j'attends ma carte pour pouvoir avoir, bénéficier des soins, alors on m'a conseillé d'aller à la maison départementale de la santé pour pouvoir faire cette prise de sang. C'est comme ça que j'ai connu la maison départementale de la santé pour faire la prise de sang. »

L'absence d'une assurance maladie n'entre en effet pas en compte dans la réalisation de dépistages au Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic de la MDPS. Comme mis en valeur dans sa dénomination, les examens et soins y sont gratuits pour les patients, peu importe le statut vis-à-vis de l'assurance maladie.

- *La confusion entre les soins gratuits et le système de droit commun*

Néanmoins, pour un des répondants, l'absence d'assurance maladie était un obstacle à l'orientation vers ce centre. Il y avait **confusion entre le droit commun et les soins gratuits**.

REPONDANT 1 « Par rapport au temps parce que j'étais en train aussi de chercher une adresse pour commencer, à faire ma carte euh, de santé, voilà, l'AME. Donc d'un seul coup j'étais, ça a pris un peu le temps quoi. Sinon, euh, j'allais partir vers ce centre. »

➤ En résumé :

- La difficulté d'accès aux soins dans le pays d'origine relevait de raisons financières ainsi que des limites du système de santé, ce qui n'a pas favorisé l'expérience des bilans biologiques ou des consultations médicales.
- A l'inverse la perception d'une plus grande facilité d'accès aux soins en France était un atout pour le dépistage des infections à VIH, VHB et VHC, tout comme

la confiance accordée à la qualité du système de soins. Cela sous-tendait l'idée de la fiabilité des résultats, et qu'en cas de positivité du dépistage la prise en charge de la maladie pouvait avoir lieu dans de bonnes conditions. Toutefois une confusion entre soins gratuits et système de droit commun était relevée. L'absence de droits à la sécurité sociale pouvait être perçue comme un frein, bien que même en l'absence de ceux-ci l'accès aux soins primaires et au dépistage était possible, via la PASS et la MDPS.

L'organisation des soins au niveau local

Au-delà de l'aspect contextuel et systémique, la structuration des soins au niveau local émergeait souvent lors de l'analyse des entretiens. Nous y avons relevé à la fois des obstacles, des facteurs favorisant et des propositions pour l'amélioration des conditions de prise en charge.

Deux sous-thèmes ont été mis en évidence : la multiplicité des lieux et des temps de soins, ainsi que la prise des rendez-vous.

- La multiplicité des lieux et temps de soins

Au sujet de l'organisation structurelle du dépistage, le principal écueil mis en évidence par les répondants concernait la **multiplicité des lieux et temps de soins**. Plus précisément la **dissociation des soins entre la PASS et la MDPS**.

Parmi les quatorze répondants quatre évoquaient la complexité liée aux différents lieux et temps de soins. En effet la démarche de se rendre dans un lieu de soin n'est pas simple en soi comme cela a été évoqué dans les facteurs intermédiaires. Certains répondants évoquaient la **Crainte de l'hôpital** (cf paragraphe 2.3.2. L'influence des interactions avec les soignants). Le fait de se rendre à la PASS une première fois leur ayant déjà demandé un **effort psychologique**, la nécessité de se rendre à nouveau dans une autre structure de soin semblait un nouvel obstacle à franchir pour les répondants.

A cela venait s'ajouter le **temps à prendre** à nouveau (cf paragraphe 2.3.3. L'influence du contexte et des conditions de vie).

REPONDANT 11 : « Parce que quand on sort de là (comprendre la PASS), on a la flemme de marcher encore juste pour une prise de sang et on trouve ça compliqué et pourtant on doit courir après autre chose. [...] Parce que maintenant réorganiser un autre truc il faut se reposer et ça peut prendre du temps. Et après on le met de côté. »

En proposition, plusieurs répondants expliquaient qu'il serait plus simple que les dépistages puissent être **systématiquement réalisés dans le même temps de soin que la consultation à la PASS**.

REONDANT 9 « Lorsque vous arrivez à l'hôpital vous êtes là pour un problème, on vous fait une fois tous ces examens-là. C'est bien. Je trouve ça plus mieux. Puisque tu n'aurais plus envie de partir pour dire qu'il faudrait que tu ailles ailleurs, là tu arrives et on fait tout ce qu'il y a à faire et on profite aussi de l'occasion pour faire certains dépistages. C'est mieux. C'est même plus facile, pour moi c'est une situation plus facile. »

Il était également suggéré que la **systématisation de l'orientation au CeGGID lors d'une venue à la PASS** était un atout.

REONDANT 6 « je pense que d'ici, heu, si automatiquement quelqu'un qui vient ici et qui, à qui pendant qu'on le consulte, on lui impose qu'il aille faire une prise de sang, pour voir, même s'il ne revient pas vers vous avec ses résultats, au moins lui il saura déjà comment il se porte.

Enfin, il est apparu que cette multiplicité des temps et lieux de soins pouvait être **source de confusion** et paraissait **inadaptée**. L'un de ces quatre répondants relatait qu'on lui avait bien expliqué qu'il fallait se rendre à la MDPS, informations à l'appui. Il reprochait le fait que ce soit seulement des explications sans élément concret comme peut l'être par exemple une date de **rendez-vous** (cf paragraphe « La prise de rendez-vous »). Celui-ci ne s'était alors pas rendu à la MDPS. Lors d'une nouvelle consultation à la PASS pour la suite de sa prise en charge, voyant l'échec d'une première orientation, un dépistage lui avait été proposé sur place. La réalisation de ce test en seconde intention là-même où on lui avait suggéré d'aller ailleurs pour le réaliser a été **mal comprise et mal vécue**. Enfin il soulignait que si le dépistage à la MDPS était plus adapté en terme de prise en charge, et était donc proposé en première intention par les soignants, il paraissait cohérent de privilégier cette option pour le dépistage.

REONDANT 14 « On m'a dit de partir par-là (le patient me montre le plan d'orientation vers la MDPS donné en consultation). Donc on m'a donné juste des explications ou j'ai dit d'accord mais j'ai, on m'a pas donné la date, c'est-à-dire que le rendez-vous pour partir ici (comprendre la MDPS) on ne m'a pas donné la date, voilà. Après on m'a donné une date pour revenir ici (comprendre à la PASS) et je suis venu maintenant et ils ont fait maintenant une consultation toujours avec une femme ici (comprendre à la PASS). [...] Et maintenant après on m'a donné le rendez-vous, je suis venu et on m'a prélevé le sang. Donc je n'avais pas en tête que j'avais à faire ça ici (comprendre la PASS) parce que j'avais à l'idée que c'est ailleurs.[...]Mais le problème, si vous vous savez que c'est vraiment pas ici qu'il devrait prendre le sang pourquoi je l'ai fait ici alors ? (comprendre à la PASS) [...] C'est ça maintenant le problème. C'est pas votre rôle et vous le faites. Donc ce n'est plus la peine de les amener de l'autre côté. Ça c'est pas à nous, c'est à vous de décider. [...] Mais si là-bas ils vont donner plus de détails c'est le numéro un par rapport à ici. Il faut que nous soyons clairs. »

- L'organisation à la MDPS mise en valeur

Il est à noter qu'un répondant évoquait la **bonne organisation de la MDPS** qui lui semble bien adaptée ce qui pouvait représenter un élément en faveur de l'adhésion au dépistage.

REpondant 6 : « jusqu'ici c'est bien la démarche parce qu'il y a une salle pour ceux qui viennent pour la première fois, une autre salle pour ceux qui viennent retirer leurs résultats donc on n'est pas mélangé »

- La prise de rendez-vous

Plusieurs répondants relevaient que la **prise de rendez-vous pour le dépistage** pouvait aider à aller au bout de la démarche. Par la prise de rendez-vous les répondants évoquaient l'aspect organisationnel apporté par la mise en place d'un repère. Cela était à la fois évoqué comme **un levier** ayant permis la démarche pour un répondant qui avait eu un rendez-vous, un **obstacle pour certains n'en ayant pas eu**, et une **proposition** envisagée pour améliorer l'adhésion au dépistage.

REpondant 7 « R : Je préfère qu'on prenne le rendez-vous pour moi en général. Pour le moment je n'ai jamais appelé pour prendre un rendez-vous, je ne sais pas comment on fait. Par exemple là c'est Médecin du Monde qui avait pris le rendez-vous C : Ha donc vous pensez que si nous on prend les rendez-vous pour les patients ça améliorerait les choses ? R : Selon moi ça marcherait mieux. Parce que moi ce jour-là (fait référence à la consultation à la PASS) on m'a dit d'y aller et j'ai dit ok mais je ne suis pas allé sur le coup et après c'est passé. »

Il était également évoqué **l'engagement vis-à-vis d'autrui** procuré. En effet, pour certains, avoir un rendez-vous les engageait vis-à-vis du soignant qu'ils devaient rencontrer et ils semblaient avoir à cœur d'honorer cet engagement. Cela rejoignait la notion d'engagement auprès d'un accompagnateur lors de la venue à la MDPS, déjà évoqué plus haut (cf paragraphe 2.3.1.).

REpondant 9 « il y a aussi une raison pour laquelle, que bon comme j'ai accepté déjà de prendre un rendez-vous avec quelqu'un ça ne servirait à rien de ne pas y aller. Puisque j'ai déjà accepté, vous voyez un peu. Et là maintenant pour ton honnêteté tu serais obligé de partir. Bon si on renvoie la balle dans ton camp tu peux dire que même demain, ou après-demain, tu peux renvoyer, renvoyer, renvoyer autant de fois que possible et pour finir ne jamais y aller. »

- Nous avons donc pu mettre en évidence un certain nombre d'obstacles au dépistage. Certains patients qui se rendent à la MDPS apprécient l'organisation locale du dépistage sans rendez-vous. D'autres semblent déroutés par le principe de consultation sans rendez-vous. La prise d'un rendez-vous est au contraire perçue comme vectrice d'engagement et donc comme élément moteur. Surtout, la pluralité des temps et lieux de soins entre la PASS et la MDPS est perçue comme complexe et

semble pourvoyeuse d'abandons. Il est suggéré voire proposé que réunir ces deux étapes du parcours soins en un seul lieu apparaîtrait comme un levier pour certains répondants.

2.4.4. Les spécificités juridico-administratives du statut de migrant



Figure 20 : Spécificités juridico-administratives du statut de migrant

Le poids des démarches administratives

Plusieurs répondants avaient exprimé devoir réaliser des **démarches administratives importantes**, qui leur apparaissaient **plus prioritaires** que le dépistage, ou qui justifiait de n'avoir pas donné suite à la proposition. Ces démarches étaient souvent relevées comme lentes ou lourdes, et étaient de différents types.

Certains avaient pour priorité **l'obtention d'un titre de séjour**, sous ses différentes possibilités : le droit à l'asile ou à la protection subsidiaire, le titre de séjour pour soins, le visa étudiant etc.

D'autres rencontraient des difficultés pour la constitution d'une **demande d'assurance maladie** puis de l'obtention d'une réponse, pouvant nécessiter plusieurs semaines au minimum, plusieurs mois parfois.

REPONDANT 1 « Par rapport au temps parce que j'étais en train aussi de chercher une adresse pour commencer, à faire ma carte euh, de santé, voilà, l'AME. Donc d'un seul coup j'étais, ça a pris un peu le temps quoi. Sinon, euh, j'allais partir vers ce centre. »

L'irrégularité

Le **statut de clandestin** était également un frein à la prise en charge de sa santé.

En effet certains répondants n'ayant pas été à la MDPS après orientation retenaient ce motif lorsqu'étaient évoqués les différents obstacles rencontrés.

REPONDANT 3 « j'avais pas de, de titre de séjour et j'étais en situation irrégulière »

Comme vu plus haut, cela pouvait contribuer à réduire la propension à **se déplacer** par crainte des contrôles (cf paragraphe 2.4.2.), car, selon les cas, cela pouvait amener la

personne à être mise en détention en centre de rétention administrative ou de se voir notifier une obligation de quitter le territoire français par la préfecture.

REPONDANT 9 « C'est pas aussi facile de se déplacer aussi facilement. C'est un peu compliqué surtout quand on est dans une situation irrégulière. »

Certains pensent que le statut de clandestin leur **interdit tout accès aux soins** tant qu'ils n'ont pas obtenu l'AME. En réalité le dépistage à la MDPS ne requiert pas l'AME, et cette confusion n'est pas rare (cf paragraphe 2.4.3. Le contexte de santé global et l'organisation des soins).

REPONDANT 3 « j'avais pas ... de mutuelle à cette époque c'était en cours. Pour euh AME. J'avais pas encore fait de demande, d'asile. J'étais sans titre de séjour et, situation irrégulière. »

- Ce statut conditionne donc tous les domaines de la vie des répondants clandestins, c'est pourquoi les obstacles qui y sont liés transparaissent dans plusieurs catégories de résultats. Il apparaît comme un frein à la prise en charge en santé de façon générale.

Discussion

1. Méthode

1.1. Forces

1.1.1. Validité externe

Il n'existait pas de travail à ce sujet au niveau local, ce qui est d'autant plus intéressant que l'adhésion au dépistage reste très dépendante du tissu local des différentes populations présentes et des différentes offres de soins accessibles. Malgré cette spécificité locale les résultats semblent rejoindre en partie les données de la littérature connues sur le sujet.

1.1.2. Validité interne

Les chercheurs ont donc obtenu un échantillon réduit car la méthode qualitative ne vise pas à la représentativité de l'échantillon. Cependant ce n'est pas la taille mais la qualité (et la diversité) qui est primordiale dans ce type d'étude, et qui était donc recherchée dans cet échantillon.

Les entretiens ont été réalisés dans des conditions les plus neutres disponibles, sans pouvoir s'affranchir totalement du contexte hospitalier. Les bureaux ne contenaient pas d'empreinte médicale. Les chercheurs ne se présentaient pas en tant que médecins mais en tant qu'étudiants chercheurs. Les chercheurs menaient l'entretien seuls pour ne pas prendre le risque d'intimider le répondant parlant face à deux interlocuteurs et risquer de réduire la pertinence et la quantité des discours.

Les chercheurs ont essayé de poser des questions les plus neutres et ouvertes possibles afin de ne pas influencer le discours des répondants. Cela permettait de réduire le biais de recueil.

Les chercheurs ont triangulé l'analyse en réalisant chacun de leur côté le codage et la catégorisation des données avant de les mettre en commun et d'obtenir un consensus. Cela permettait de réduire le risque de biais d'interprétation. Ils se sont aidés d'un logiciel de codage afin d'être le plus systématique possible.

Le respect de ces conditions a permis l'obtention de discours riches et variés, que l'on peut constater au vu du grand nombre de codes et catégories extraites de l'analyse.

La saturation des données a été obtenue, aucune nouvelle catégorie thématique ne venant s'ajouter, à partir du 13^{ème} entretien. L'inclusion aurait pu être poursuivie pendant un à deux entretiens de plus pour le vérifier, mais la période de confinement liée à la pandémie de

COVID-19 a perturbé de façon majeure le déroulement de l'enquête et n'a pas permis la poursuite du recrutement. La possibilité de reprendre ce recrutement pour vérifier la saturation a été évoquée puis écartée. En effet cela aurait pu créer un biais de déclaration trop important. Et ce en raison de l'étalement dans le temps et dans un contexte hautement infidèle à celui qui précédait la crise, en termes de menace infectieuse, de circulation des individus, de priorité des soins des personnes précaires etc. Au vu du bouleversement de ces facteurs et de l'impact potentiel sur les discours des individus, il nous a donc paru hautement complexe et peu pertinent de reprendre l'inclusion dans cette étude après Mai 2020.

1.2. Limites

1.2.1. Validité externe

Cette étude concernant par essence un tissu et un contexte local urbain spécifique, elle n'est pas forcément transposable à des contextes différents telles que d'autres régions plus rurales.

1.2.2. Validité interne

Biais de sélection :

Le premier biais le plus évident sur la sélection des participants est qu'elle était basée sur le volontariat. Les participants étaient donc d'autant plus susceptibles d'en parler qu'ils étaient les plus intéressés par le sujet.

Ensuite, cet échantillon a été soigneusement sélectionné pour parvenir à la plus grande diversité des profils. Cependant tous les profils n'ont pu être représentés. De façon similaire avec la répartition de la population des patients de la PASS originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale, certains profils socio-démographiques n'en faisaient en réalité pas partie ou très à la marge, comme par exemple les personnes de plus de cinquante ans. L'inclusion de seulement deux femmes peut aussi s'expliquer par la sur-représentation des hommes chez les consultants à la PASS mais limite également la diversité de l'échantillon.

De plus la population cible n'ayant pas été au dépistage malgré l'orientation à la PASS, était par définition « perdue de vue ». La prise de contact et le « raccrochage » vers le domaine de la santé était particulièrement complexe, comme en témoigne le nombre important de personnes dont le contact n'a pu être finalisé par un entretien (cf Diagramme de flux) : soit par l'absence de réponse téléphonique ou de moyen de contact, soit par l'échec de la démarche de contact (rendez-vous ratés, incompréhensions...). Cela représentait un des principaux obstacles à l'inclusion de ces individus dans l'étude.

Biais de recueil :

L'entretien semi-structuré possède une technique particulière. Si les chercheurs ont essayé de minimiser ce risque, le biais de recueil ne pouvait être totalement écarté. En effet cette étude était la première expérience pour chacun des chercheurs dans la réalisation d'un entretien semi-dirigé. Les différentes techniques propres à cet entretien ont été découvertes au début de l'étude par les chercheurs, l'expérience acquise au fur et à mesure des entretiens a permis d'améliorer leur technique pendant l'étude.

Biais de classement :

La méthode de cette étude nécessitait par définition de laisser passer un délai minimal entre le moment de proposition du dépistage et l'entretien. Par ce seul fait, le biais de mémorisation des répondants pouvait être présents, en effet les événements vécus et les processus de réflexion interne de chacun pouvaient être soit oubliés soit sur-déclarés. De même, un biais de déclaration n'était pas à écarter totalement. En effet, si les chercheurs ont essayé de s'assurer que l'absence de jugement de leur part était garantie, il est difficile de s'affranchir totalement du regard d'autrui. Ceci d'autant plus que l'enquête avait lieu dans un service médical connu comme tel. Enfin, si la sélection de patients francophones et anglophones permettait d'éviter le recours à un tiers traducteur, la maîtrise de la langue française de certains répondants était parfois limitée, étant une langue d'apprentissage plutôt que maternelle. En conséquence l'expression des ressentis vis-à-vis des différents thèmes évoqués pouvait être amoindrie.

Biais d'interprétation :

L'analyse qualitative, tout comme l'entretien semi-structuré, nécessite une technique et un mode de raisonnement propre. Il est de nature inductive, à l'opposé des modes de raisonnement hypothético-déductifs propres à l'analyse quantitative et qui sont enseignés lors des études de médecine. Ainsi, si les chercheurs ont essayé de minorer ce risque au maximum en respectant scrupuleusement la méthode qualitative (cf 1.1. Forces), ils restaient naïfs en termes d'expérience de ce type. Le risque de surinterprétation des données ou de « tournage en rond » à l'intérieur des cadres théoriques restait donc présent.

Un « feed-back » consiste à vérifier les résultats en les soumettant aux répondants afin de valider ou invalider les conclusions des chercheurs. Cependant pour des raisons pratiques, ce « feed-back » auprès des répondants n'a pas été réalisé (trop de risques de perdus de vue, pas ou peu d'adresses mail, changements d'adresse, de téléphone, « double contrainte » en termes de déplacement).

2. Résultats

Lors de cette étude, nous avons pu identifier que le dépistage du VIH, du VHB et du VHC au CeGIDD de Bordeaux chez la population migrante primo-arrivante d'Afrique de l'Ouest et

Centrale orientée par la PASS impliquait de nombreux paramètres : à différentes échelles (individuelles, intermédiaires et structurelles), et de différentes natures (psychologiques, sociologiques, culturelles, organisationnelles).

Parmi les principaux obstacles, on retrouve la stigmatisation et la crainte autour du VIH. Malgré un taux de connaissance élevé issu d'une éducation et d'une communication médiatique et communautaire à ce sujet, le risque d'être identifié séropositif contrarie la démarche de dépistage. D'un autre côté, le dépistage du VHB et du VHC souffre d'une ignorance quasi-complète au sujet de ces maladies.

L'acte de dépistage, malgré certaines phobies et conceptions culturelles, est globalement perçu comme un geste acceptable, à condition de n'en avoir pas fait une expérience mauvaise. L'expérience d'un bilan biologique antérieur dans la vie est d'ailleurs assez peu répandue, ce qui contribue à le rendre moins acceptable pour les néophytes. Ce geste est d'autant plus acceptable dans un système de soins perçu comme performant et accessible, malgré les difficultés liées à l'assurance maladie.

Également, l'isolement social vécu par une partie des personnes migrantes est un frein important aux démarches de santé, alors qu'à contrario l'accompagnement dans le soin est vu de façon positive, notamment pour l'organisation du parcours de soins qui peut paraître complexe.

Car, en effet, l'organisation de l'articulation entre la PASS et le CeGIDD constitue un frein important. L'orientation géographique entre les deux structures n'est pas aisée, et les déplacements en transports en communs peuvent être difficiles à supporter financièrement et génèrent un stress lié aux contrôles de titres, pouvant mener à un contrôle d'identité. Ce parcours entre les deux structures s'intègre dans le contexte global des personnes vivant dans la clandestinité. La distinction entre le rôle de chaque structure est un facteur de confusion, et certaines informations d'orientation données par les professionnels de la PASS sont souvent mal comprises et/ou mal adaptées, en partie du fait d'une barrière de la langue importante. La perspective du dépistage au CeGIDD peut être considérée comme la perte d'un temps précieux, face à d'autres priorités liées à la survie (hébergement, hygiène...) ou au statut administratif. D'après les répondants, une amélioration possible serait la diversification des modalités d'accès au dépistage. En ce sens, les participants sont en faveur d'une systématisation de l'orientation vers le CeGIDD à chaque première consultation à la PASS, ce qui est en théorie déjà le cas, de la possibilité d'un rendez-vous de dépistage au CeGIDD, mais aussi d'une proposition systématique de dépistage sur place, afin de simplifier et d'améliorer ainsi le taux de dépistage.

Dans un rapport publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé », l'Académie de médecine identifie les migrants comme l'une des populations qui, parce qu'elle présente de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessite « qu'elle bénéficie d'une attention particulière du point de vue médical ». L'Académie déplore que

leur prise en charge, tant pour la prévention que pour les soins, relève en France de dispositifs multiples, complexes, qui ne répondent que partiellement aux besoins (49).

Ce constat survient pourtant deux ans après l'avis du HCSP de 2015 concernant la visite médicale des étrangers primo arrivants en provenance de pays tiers. Dans la description de la modalité du dépistage du VIH, du VHB et du VHC, le HCSP recommandait que la structure effectuant le bilan santé mette en place un partenariat avec un centre de dépistage (28).

Ces recommandations ont été appliquées localement à Bordeaux entre la PASS du CHU et la Maison Départementale de la Promotion de la Santé. Cependant force est de constater que ce système n'est pas optimal au vu de la faible participation au dépistage des patients vus à la PASS du CHU de Bordeaux et orientés vers la MDPS. Ce constat a mené à la réalisation de ce travail.

Nous discutons ici des thèmes qui nous ont paru être les plus importants soit par leur récurrence dans le discours de nos répondants, soit parce qu'ils représentent des leviers à disposition des professionnels de santé afin d'améliorer l'adhésion au dépistage.

2.1. La différence des niveaux de perceptions, croyances et connaissances entre les hépatites virales chroniques et le VIH

Rapidement il est apparu une franche inégalité entre les connaissances au sujet du VIH et celles au sujet des hépatites virales, que nous séparons donc dans l'analyse et dans cette discussion.

Les connaissances et les croyances liées au VIH : entre freins et facteurs favorisant :

Il apparaît dans nos résultats un niveau de connaissances relativement bon en qualité et en quantité au sujet de l'infection à VIH : les moyens de prévention, de transmission, l'histoire de la maladie et les moyens et objectifs de traitement. Il en va de même pour le niveau de risque perçu de la gravité de la maladie et de la susceptibilité d'en être atteint. Si ce niveau peut varier, tous ont déjà entendu parler du VIH, contrairement aux hépatites virales. D'ailleurs, lors de la décision de la réalisation d'un dépistage, bien souvent l'élément motivant le sujet était de connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH plus que des hépatites virales chroniques. Il apparaît que l'étude sur les connaissances et croyances des populations africaines sub-sahariennes vivant en Ile-De-France confirme une perception forte des risques de contamination, des moyens de prévention (50). La préoccupation dans cette population apparaît supérieure ou égale à celle de la population générale. D'autant plus par rapport aux jeunes générations de la population générale, dont l'activité sexuelle a débuté après l'arrivée des antirétroviraux, et dont l'intérêt et les connaissances à ce sujet semblent diminuer (50,51). Ces bonnes connaissances représentent donc un levier au dépistage.

Il apparaît également que le tableau clinique a une influence sur le dépistage. Soit parce que les symptômes ne sont pas catégorisés comme étant l'expression d'une potentielle contamination par le VIH, soit parce qu'ils focalisent l'attention des individus vers leur soulagement, comme par exemple les douleurs ostéoarticulaires ou la souffrance psychique. De même, l'absence de symptômes ne motive pas à sa réalisation, ce qui est déjà retrouvé dans la littérature (52,53). En effet le fait d'être asymptomatique pourrait diminuer l'impact positif perçu de se faire dépister et/ou traiter.

Les différentes campagnes d'information, via les médias et l'éducation scolaire notamment, ont un impact positif sur ces connaissances et perceptions. Ces efforts d'information paraissent surtout porter leurs fruits pendant la jeunesse, lors des sensibilisations scolaires.

Toutefois, certaines perceptions restent erronées et peuvent être améliorées. La connaissance d'un accès possible et gratuit au traitement n'est pas univoque, et peut grandement jouer dans la décision de se faire dépister. On retrouve ce constat dans la littérature : comparées à la population générale de métropole, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France ont une moindre connaissance tant des moyens de dépistage, que de traitements ainsi que de leurs bénéfices (50). Or, la connaissance des moyens de traitement et des bénéfices du traitement favorise la décision de se faire dépister par le VIH (52). Les connaissances sur les maladies apparaissent donc plus élevées que celles sur les soins et le système de soins, ce qui nécessite donc un effort d'information.

Également, certaines idées fausses sur la transmission du VIH subsistent. Comme celle d'une transmission par simple contact. De plus, si les voies sexuelles et sanguines de transmission étaient bien décrites, il est à noter que certains moyens de prévention pouvant paraître anecdotiques, tels que l'utilisation de coupe-ongles ou de peignes personnels, étaient spontanément évoqués avant ou au même niveau que l'utilisation du préservatif par exemple. Il peut être intéressant de s'interroger sur la priorisation des moyens de prévention que les patients conçoivent, même chez ceux paraissant avoir un niveau de connaissances important. Cela peut être en lien avec le fort impact psychologique et culturel de l'épidémie de VIH dans les pays d'origine des participants, dont nous parlons plus loin. Cependant, ces approximations n'ont pas de conséquences sur la démarche de dépistage en elle-même, et ne favorisent pas non plus la contagion. Par contre elles peuvent être pourvoyeuses de stigmatisation et peuvent expliquer en partie des attitudes discriminantes envers les PVVIH.

Il existe surtout une dimension psychologique et culturelle majeure dans les représentations autour du VIH. Ces dimensions révèlent différents coûts indirects liés à un dépistage, tels que l'anxiété anticipatoire d'une possible séropositivité, via la crainte de la maladie et de la stigmatisation qui y est liée.

La peur de la stigmatisation des PVVIH ou des personnes migrantes réalisant un dépistage est effectivement une barrière au dépistage du VIH dans la littérature (52), mais également au dépistage de maladies infectieuses en général (53,54).

Ces facteurs étaient également retrouvés en population générale en France, lors d'une revue de littérature portant sur des études de 2005 à 2017, qui avait pour but d'identifier les facteurs psychologiques influant la démarche de dépistage du VIH. Sont identifiés des facteurs émotionnels et psychologiques tels que la peur du résultat, la crainte de la stigmatisation et de la discrimination, pour une maladie perçue comme « fatale et stigmatisante » (52). Une autre étude qualitative par focus-groups réalisée en 2009 en Belgique interrogeait les freins et leviers au dépistage du VIH chez les populations d'origine d'Afrique Sub-Saharienne. Le titre de cette étude sans ambivalence « It's better not to know » confirmait le frein au dépistage que pouvait représenter la crainte et la peur de la stigmatisation (55).

Si ces freins sont répandus en population générale comme chez les migrants d'origine africaine sub-saharienne, la stigmatisation et la crainte collective sont plus prégnants dans cette population spécifique.

Cependant, au sujet de l'anxiété liée à l'anticipation du diagnostic de la maladie, il est possible de nuancer l'impact négatif qu'elle peut avoir sur le dépistage. En effet un trop grand niveau de préoccupation peut freiner le dépistage car il entraîne un évitement phobique de l'exposition à des pensées relatives à cette maladie. La peur de se sentir malade et des répercussions physiques, psychologiques, sociales, économiques, familiales ou professionnelles est un frein. Au contraire un niveau de préoccupation trop faible relié à la maladie entraîne quant à lui une minimisation du risque encouru, ce qui n'incite pas au dépistage non plus (52).

L'anxiété peut être liée à l'absence d'expérience de cette maladie et à la peur de l'inconnu. L'expérience de la maladie et la connaissance de personnes ayant été atteintes sont, dans nos résultats comme dans la littérature, relevées comme des leviers vers le dépistage. En effet avoir constaté concrètement la réalité de la maladie et/ou avoir été affecté par la perte d'une personne proche peut agir comme un révélateur sur sa propre susceptibilité personnelle d'être atteint et d'en mesurer pleinement la gravité (52).

Cependant, il émerge un caractère paradoxal de ces différentes racines de l'anxiété et de la réassurance. Avoir fait l'expérience d'une maladie grave peut être pourvoyeur à la fois d'une anxiété paralysante mais peut aussi être source d'une meilleure connaissance et permet de sortir cette maladie de la peur de l'inconnu.

En conclusion, le niveau de préoccupation vis-à-vis de la maladie doit être « optimal » afin de favoriser l'action de dépistage. Cela passe donc par l'explication de la maladie et de son évolution naturelle sans traitement à nuancer avec l'information au sujet des traitements et de la possibilité de vivre dans de bonnes conditions si le diagnostic est fait et que le suivi

peut donc être débuté. Et ce, comme pour tout patient atteint d'une maladie chronique, qui doit acquérir les connaissances nécessaires à la gestion de sa maladie, intégrer psychologiquement son statut de malade chronique, tout en gardant une qualité de vie la plus élevée possible.

Un frein : le faible niveau de connaissances des hépatites virales :

On retrouve un faible niveau voire une absence de connaissances chez la totalité de nos répondants. Or un faible niveau de connaissances et des perceptions erronées au sujet de maladies infectieuses sont associés à un moindre recours au dépistage (52–54).

Notamment concernant les modes de transmission ou les risques liés à la maladie. Il en va de même pour l'histoire de la maladie : on retrouve notamment l'idée que les dénominations A, B et C soient différentes phases d'une même pathologie. Ces éléments sont concordants avec d'autres études sur le sujet. L'étude française qualitative STRADA sur l'acceptabilité du dépistage du VIH, du VHB et du VHC chez des migrants, dont une moitié originaire d'Afrique sub-saharienne, retrouvait également un important déficit d'information et de connaissance à ce sujet (56). Il en est de même pour des migrants non Africains, une revue de la littérature au sujet de la perception de ces maladies chez des migrants originaires d'autres régions de forte endémie des hépatites virales (Asie surtout) et vivant dans des pays développés hors UE, retrouvait un degré de connaissance peu élevé ainsi que des conceptions erronées (57). Le constat apparaît similaire en population générale. Une étude publiée par Santé Publique France a évalué les connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en comparaison au VIH. Ce travail a permis de mettre en évidence que les modes de transmission sexuelle et par usage de drogue sont moins connus pour le VHB que pour le VIH. De même le recours déclaré au test de dépistage du VHB au cours de la vie est deux fois moins fréquent que pour le VIH (58). Plus anciennement, la population précaire (étrangère et française) en France avait été étudiée en 2005 grâce à une étude par questionnaires sur la connaissance des hépatites virales B et C, de leurs modes de transmissions, et de leurs dépistages. Elle relevait une faible connaissance de ces sujets, ainsi que des fausses croyances associées (59). L'absence de connaissance est donc répartie de façon similaire entre la population générale et la population d'étude. Cependant, d'une part du fait de la moindre endémie de l'hépatite B en France, et d'autre part du fait de la vaccination contre le VHB, désormais obligatoire en France, l'impact de la faible connaissance du VHB est moins importante pour la population générale française que pour les migrants originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale qui est une population en provenance de zone de forte endémie et de faible couverture vaccinale.

Avec de forts taux de morbidité et mortalité liés au VHB et au VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale, il paraît étonnant de trouver une si grande différence d'intérêt et de connaissances entre ces deux pathologies. Cela peut s'expliquer avec l'éclairage apporté par les histoires distinctes des mobilisations autour de ces deux pathologies. L'épidémie de VIH a en effet suscité des mobilisations nationales et internationales dès les années 1980 et 1990, émanent

du milieu scientifique médical mais aussi de la société civile et des collectifs de patients. Ces mobilisations ont eu des effets importants sur les connaissances autour des moyens de traitement, de la prévention et du dépistage, mais aussi sur la lutte contre la stigmatisation. En France comme dans le monde, les campagnes de promotion et d'information au sujet du VIH ont été beaucoup plus largement médiatisées et connues du grand nombre que celles pour les hépatites, malgré un vaccin efficace contre l'hépatite B disponible depuis les années 1980. Au niveau institutionnel international, le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a été créé en 1996 et a été à l'avant-garde de la lutte internationale contre l'épidémie, au côté de l'OMS. En revanche, le Programme mondial de lutte contre l'hépatite de l'OMS a été créé en 2011, puis intégré au Groupe VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies tropicales négligées en 2014. La Première Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale a été adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2016, soit 20 ans après la création du programme de l'ONUSIDA. Dans la promotion de la santé, on pourrait citer les exemples du Sidaction ou du Ruban rouge. Ces éléments familiers pour beaucoup d'entre nous n'ont pas leur pendant dans les campagnes d'information et de communication au sujet des hépatites virales chroniques. L'association SOS Hépatites œuvre en France pour « la prévention, l'information, la solidarité, la défense de toutes les personnes concernées par les hépatites virales », ainsi que pour la recherche à ce sujet (60). Si l'intérêt et la connaissance au sujet du VHC est également très faible, l'impact en termes de morbi-mortalité dans ces régions y est également relativement modéré et la promotion de la lutte contre cette épidémie apparaît donc moins prioritaire que pour l'hépatite B.

Il semble donc fondamental d'améliorer les connaissances sur ces maladies afin de sensibiliser les populations à leur prévention et prise en charge dont le dépistage fait partie intégrante. Cela peut passer par des campagnes de prévention de grande échelle mais également par de l'information faite au niveau local dans le milieu de la santé ou associatif. De plus les résultats font émerger différentes voies de communication à ce sujet déjà utilisées efficacement par les répondants, tels que l'école et les médias. Afin de toucher plus spécifiquement les populations migrantes, l'étude des principaux canaux médiatiques utilisés serait utile pour permettre de cibler ces publics lors de la diffusion de messages de prévention. Néanmoins, les actions de promotion de la santé ayant pour but d'augmenter cette connaissance en population générale existent déjà et participent à l'amélioration de l'adhésion au dépistage : la journée mondiale des hépatites virales, ou les Etats généraux français de l'hépatite B en sont des exemples. Au niveau local, suivant des objectifs nationaux et mondiaux de lutte contre les épidémies d'hépatites virales chroniques, l'initiative Bordeaux Métropole Sans Hépatite Virale œuvre entre autres sur la communication à ce sujet, mais également le parcours de soins et sur la prise en charge des personnes atteintes d'hépatites virales chroniques vivant dans la métropole bordelaise. Également, les programmes d'éducation et discussion de la santé sexuelle, comme ceux réalisés par le département de la Gironde ou MDM peuvent aider à la fois à dédramatiser et à déstigmatiser le sujet en brisant des tabous, mais également à corriger certaines idées

fausses. Le cadre dépasse néanmoins la seule intervention sur les IST. De plus, l'hépatite virale C n'est pas considérée comme une IST. Du côté de la PASS, le projet de consultation prévention dédié notamment à la santé sexuelle a été imaginé notamment pour permettre cette information à chaque patient nouvellement pris en charge par le service.

2.2. Les perceptions liées au dépistage

Intérêt marqué pour la santé et le dépistage

L'intérêt pour sa santé est une notion exprimée de façon unanime dans cette étude. Cet intérêt pour la santé se traduit en comportements de soins pour une partie seulement des individus. Il n'était cependant pas réellement surprenant de retrouver la réalisation d'actes de prise en charge chez des personnes sélectionnées car elles s'étaient rendues dans des services de soins, en l'occurrence la PASS. De plus, tout comme en population générale, des éléments de vie (symptômes, contexte) motivaient souvent une première venue dans le but d'obtenir une consultation médicale. La consultation chez le médecin est évidemment motivée par le fait de se sentir malade. Cependant, certains manifestaient l'idée qu'ils allaient à la recherche d'actes de dépistages de façon « spontanée », en se plaçant au centre du processus de décision et d'action.

Une spécificité culturelle : la crainte des « prises de sang »

Au sujet de l'acceptabilité du dépistage nos résultats ont mis en évidence une hétérogénéité des points de vue. Alors que certains ne craignaient pas les bilans biologiques sanguins et étaient même prêts à renouveler le geste si nécessaire d'autres semblaient beaucoup plus réservés. En effet pour certains la notion de pique et de perte de sang était un facteur limitant. Les populations sont plus familiarisées avec les bilans biologiques sanguins dans des pays où le système de soins est développé et accessible. Cela influe donc sur les représentations et la potentielle banalisation d'un tel geste. Il s'agit ici de prélever un fluide corporel qui peut paraître comme vital dans certaines cultures et croyances. Dans un mémoire du diplôme inter-universitaire « Santé, société et migrations » intitulé *Le refus de soins chez les Mineurs Non Accompagnés : le cas de la prise de sang*, l'auteur rappelle que dans plusieurs cultures de l'Afrique de l'Ouest le sang représente l'énergie vitale d'un individu. Cela fait écho à la notion de quantité de sang prélevé qui semble être une des inquiétudes de certaines personnes face au bilan biologique sanguin. Dans ce cas la perte de sang nécessaire au dépistage, qui a dans nos représentations un intérêt bénéfique, peut être vécue par l'individu comme un affaiblissement ou même une blessure. Il est à noter lors de la verbalisation de cette inquiétude qu'elle n'est pas ancrée dans une pratique doctrinale ou religieuse, mais plus dans une dimension culturelle, ce qui pourrait être plus accessible à la réassurance et au discours (61). Il semble donc fondamental de communiquer avec le patient à ce sujet et lui donner des éléments de réassurance. Par exemple il peut être opportun de donner une estimation de la quantité de sang prélevée pour un dépistage et de

la mettre en comparaison avec le volume sanguin d'une adulte de taille moyenne. De même il est important d'expliquer au patient que le sang est régénéré rapidement et de façon naturelle suite à un prélèvement et qu'aucune conséquence à long terme n'est à redouter. Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) peuvent également apporter un levier efficace pour outrepasser ce type de frein (cf partie 2.6. Les modalités d'accès au dépistage).

A ce propos certains de nos répondants qui avaient déjà bénéficié d'un bilan biologique sanguin n'étaient pas opposés à reproduire le geste. Tout comme l'expérience des maladies, l'exposition préalable à un dépistage apparaît donc logiquement comme un levier pour le réaliser de nouveau, l'appréhension de l'inconnu étant gommée.

En revanche, les personnes ayant réalisé un dépistage revenu négatif précédemment peuvent se détourner d'une nouvelle occasion de se faire dépister, ce qui représente une problématique importante. Cela apparaît également dans la littérature sur le dépistage du VIH (52). En effet une séronégativité lors d'un test peut être perçue comme immuable, selon le niveau de compréhension de ses propres conduites à risques et de la transmission de la maladie, ce qui rejoint l'impact des méconnaissances de la maladie et du dépistage que nous avons évoqué précédemment. Il est possible que la minimisation des comportements à risque puisse agir en ce sens. Il apparaît donc également important d'informer sur les conduites à risques qui peuvent indiquer un renouvellement du dépistage chez les populations à risques (pour rappel : tous les ans pour le dépistage du VIH chez les migrants de pays de forte endémie (23)). En ce sens, l'accent doit également être mis sur l'accès aux préservatifs, qui, bien que désormais remboursés par l'Assurance Maladie, peuvent être trop coûteux pour les personnes les plus défavorisées financièrement, et/ou n'ayant pas d'accès à l'Assurance Maladie.

Le rapport entre santé et statut administratif

Les perceptions des bénéfices secondaires du dépistage sont une motivation importante au passage à l'acte. Comme un projet de grossesse par exemple. En revanche, si la possibilité d'une régularisation administrative en cas de diagnostic d'infection à VIH était évoquée dans nos résultats, elle l'était à la marge par un seul de nos participants, et sous forme de rumeur, sans assurance. A noter que l'hypothèse d'une contamination volontaire était rejetée par ce répondant. Ce résultat n'est cependant pas retrouvé dans la littérature. Cette différence peut être reliée avec le titre de séjour pour raisons de santé, qui peut, effectivement, être accordé en France en cas de diagnostic de VIH chez un patient étranger. En effet, dans le cas d'un état de santé dont le « défaut de prise en charge pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité », et, si la personne ne pourrait pas bénéficier d'un traitement approprié, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elle est originaire, il est possible d'accéder à cette procédure de délivrance de titre de séjour aux étrangers malades (62). L'obtention d'un titre de séjour n'est donc pas systématique en cas d'infection à VIH.

Au contraire, dans la littérature, on retrouve à plusieurs reprises l'idée qu'un test positif du VIH puisse jouer en défaveur de l'obtention d'un titre de séjour, comme la demande d'asile, voire pourrait occasionner une expulsion, malgré l'absence de telles mesures légales dans les pays concernés. Ce qui représente habituellement un frein au dépistage (55,63). Si la plupart des pays européens n'appliquent pas de dispositif à l'encontre des personnes migrantes atteintes du VIH, cette idée trouve peut-être son fondement dans certaines restrictions ou obligations de quelques pays européens concernant l'entrée et le séjour dans leur pays, comme l'obligation de test au VIH, ou le refus de titre de séjour de longue durée en l'absence d'un test négatif du VIH (64). Ainsi que dans la visite médicale obligatoire en France pour les titres de séjour de plus de 3 mois qui était réalisée par l'OFII avant 2015.

La perception par les personnes migrantes du risque d'expulsion par les pays européens en cas de statut séropositif au VIH est donc présente et représente un frein au dépistage. Cependant, l'existence en France d'un dispositif spécifique de séjours pour raisons de santé peut permettre de limiter cette crainte.

2.3. Les conditions de vie précaires et l'isolement

Les conditions de vie instables et/ou précaires propres à la migration apparaissent comme un obstacle lors de notre étude, ce qui est corroboré à plusieurs reprises dans la littérature, notamment dans des revues de littérature et méta-analyses européennes à ce sujet (53,54,65). La priorisation des activités vers des actions liées à la survie, telles que s'alimenter, trouver un abri, trouver un lieu pour se laver, relègue bien souvent la santé au second plan. Et lorsque la nécessité de se soigner est ressentie, l'action est principalement dirigée vers le soulagement des symptômes limitant ces activités de survie. Ou vers l'exploration de symptômes qui alertent suffisamment pour être considérés comme prioritaires. La prévention de la santé passe, comme en population générale par ailleurs, à un plan « tertiaire ».

Néanmoins, lors d'une étude quantitative du groupe ANRS Parcours publiée en 2017 au sujet des conditions de premier dépistage VIH des populations migrantes africaines en Ile-de-France, des conditions de vie instables avaient un impact variable sur le dépistage. En effet, le fait d'avoir un manque d'hébergement, ou l'absence d'un emploi stable chez les hommes étaient associés à une plus forte probabilité d'avoir été dépisté. Il est possible de supposer que, d'une part, le corps médical, de par sa formation, est plus enclin à proposer ce test à des personnes migrantes africaines ayant des conditions de vie précaires en tant que population à risque ; et que, d'autre part, la promotion de la santé envers ces populations par les professionnels à leur contact aurait un effet positif, notamment par le contact facilité avec les services de soins gratuits dédiés aux populations précaires. De même, les personnes en situation irrégulière qui cumulent le plus de facteurs de vulnérabilité, pourraient être plus enclins à effectuer un dépistage du VIH, avec la perspective d'une régularisation

administrative, ce qui peut expliquer en partie cette association. Enfin, l'existence d'un dispositif spécifique d'assurance maladie à destination des personnes irrégulières en France, l'AME, peut expliquer cette association. D'une part car le lien entre absence d'assurance maladie et absence de dépistage est un frein important, et d'autre part car les médecins pourraient proposer plus souvent un dépistage à des personnes leur présentant une AME (66). En résumé, si ces conditions de vie précaires favorisent en majorité un isolement social et une diminution des démarches entreprises par les individus, l'existence de dispositifs spécifiques adaptés aux populations les plus précaires essaye de compenser l'impact négatif de ces conditions de vie sur leur santé. La gratuité des soins est un des principaux leviers vers le dépistage et la prise en charge, et les dispositifs de soins gratuits sont donc primordiaux dans cette optique

2.4. La barrière de la langue

Les difficultés de communication liées à la barrière de la langue apparaissent comme un obstacle au dépistage du VIH du VHB et du VHC dans ce travail. Cela est concordant avec la littérature, la barrière de la langue pouvant être relevée comme non seulement un frein à l'accès au dépistage (52–54,67), mais surtout un obstacle à l'accès aux soins de façon générale (68). Cela a été relevé malgré la sélection de répondants maîtrisant le français ou l'anglais, et provenant de pays où ces langues sont parlées et enseignées. A fortiori, l'obstacle peut être extrapolé aux populations migrantes allophones pour lesquelles cela représente un frein encore plus important.

L'accès à l'interprétariat en santé reste un des principaux obstacles à l'accès aux soins, dans la population étudiée, comme dans d'autres populations migrantes. Les différents rapports d'activités de structures de soins accueillant des patients migrants, tels que Médecins Du Monde et le Comede, font également ce constat (20,40). Chaque étape du parcours de soins peut être concernée par cette barrière : lors de consultations de soins, lors de consultations sociales ou même lors de l'accueil. Le Collège de la HAS a également en 2017 estimé que le recours à l'interprétariat en santé permettait, pour les patients, de bénéficier « d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome », et pour les professionnels « d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (69). Il apparaît donc prioritaire, d'une part, de favoriser la promotion de l'interprétariat en santé auprès des professionnels concernés (médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux etc.), et, d'autre part, d'assurer un financement pérenne de l'interprétariat dans les établissements de santé tout comme en médecine de ville. Et ce, afin que l'interprétariat puisse être proposé de manière systématique à tout usager de soin ne parlant pas ou peu français. En effet, l'interprétariat reste utilisé à la marge dans le système de soins, à l'hôpital comme à la ville. Au sein du service de la PASS, l'expérience montre toute la difficulté d'orienter dans le système de droits communs les personnes ne parlant pas français.

L'acquisition de la maîtrise de la langue représente également un axe d'amélioration de la communication pour les personnes ne parlant pas français. Le renforcement de l'offre de cours de français apparaît donc comme un moyen d'amélioration de la maîtrise de sa santé par les patients. Et on ne peut réduire le bénéfice de ces acquisitions à l'unique champ de la santé. L'usage du français dans la vie quotidienne contribue à une meilleure participation sociale, ainsi qu'à l'accès à l'information et au droit. A l'échelle locale, des cours de Français Langue Etrangère à destination des personnes migrantes sont déjà disponibles grâce à la participation de différents acteurs institutionnels (département de la Gironde) ou associatifs (Médecins du Monde, France Terre D'Asile, Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation, Association de Solidarité avec Tous les Immigrés...). L'intégration d'un module santé à l'intérieur de ces cours représente un levier pour la maîtrise du système de soins et de la santé.

L'acquisition et la maîtrise de la langue parlée dans le pays d'émigration est une étape de base de l'amélioration de la littératie en santé des personnes migrantes. Nous y revenons lors de l'abord des perspectives.

2.5. La relation soignant/patient et l'accompagnement

Le degré de confiance envers les soignants influence le recours au dépistage dans cette étude.

L'étude de la littérature corrobore ce résultat. En effet, l'étude qualitative des attentes et des barrières à l'accès aux soins primaires chez des migrants dans des centres d'hébergement réalisée en 2017 dans différents pays d'Europe pointe la sensibilité aux problématiques des personnes migrantes et l'empathie comme des qualités attendues et primordiales chez les personnels soignants (68). La confiance envers les équipes de professionnels soignants est un levier de la démarche de dépistage des maladies infectieuses en général, pour les populations migrantes (54).

De plus, l'influence de la proposition du dépistage par le médecin est importante. Certains patients peuvent parfois ressentir de l'anxiété comme nous l'avons constaté. En effet ils peuvent réaliser soudainement la possibilité d'être gravement malade en entendant un médecin évoquer le dépistage du VIH. Cette information doit être énoncée de façon précise et prudente, l'accent peut être mis sur le caractère systématique du dépistage par exemple, tout en restant une proposition. Cela nécessite donc une communication claire entre soignant et patient, ce qui aide à délivrer l'information de façon adaptée et de recevoir en retour les interrogations soulevées par les patients.

Car en effet, dans nos résultats, l'efficacité de la proposition peut être atténuée en cas d'informations mal transmises. Toutefois, ce temps passé à expliquer et vérifier la bonne compréhension empiète sur le reste de l'activité de soins du soignant orienteur, et nécessite une réflexion sur les modalités de l'orientation. L'expérience au sein du service de la PASS

montre les difficultés à prendre ce temps d'information et d'orientation de façon systématique. En conséquence, tous les patients n'en bénéficient pas actuellement.

Enfin la consultation pour un problème médical aigu peut ne pas être le moment le plus opportun pour apporter de nouvelles informations notamment sur le plan de la prévention.

Également, la proposition par un médecin influence énormément la réalisation du test dans la littérature. Dans l'étude ANRS Parcours en 2012-2013, parmi les personnes ayant réalisé un dépistage du VIH, plus des deux tiers (70 à 72%) des personnes d'origine sub-sahariennes en Ile-De-France l'ont réalisé sur proposition du médecin (bilan de santé général, dépistage systématique, autre indication non précisée...). Les personnes se faisant dépister de leur propre initiative sont moins nombreuses et surtout ont des conditions de vie moins défavorisées que la population des primo-arrivants étudiée : elles sont majoritairement associées à une situation sociale stable et une installation en France depuis plusieurs années (> 8 ans) (66,70). Aussi, une étude de 2017 a comparé l'efficacité de différentes interventions pour favoriser le dépistage de l'hépatite C : la proposition par un médecin était plus efficace que le recrutement via l'automatisation du dossier médical informatique ou par le recrutement par courrier (71). De même, les participants à l'étude belge sur les barrières au dépistage du VIH chez les migrants sub-sahariens ont fait émerger la proposition active de dépistage par le médecin comme un facteur déterminant pour surpasser les craintes liées à cette maladie (55).

Les participants de notre étude évoquant également la possibilité de systématiser la proposition de test et l'orientation vers le dépistage par le service de soins de la PASS, en tant que service médical de premier recours, ce qui rejoint l'impact positif de la proposition par le médecin dans la littérature.

Ainsi, le rôle du médecin de soins primaires, de par sa proximité, est mis en valeur par ces données. L'importance de l'alliance thérapeutique ne se limite toutefois pas aux seuls médecins : tout soignant, médical et paramédical, peut mettre à profit le lien soignant-patient pour proposer efficacement un dépistage. Le rôle de l'accueil dans les services de soins concernés est également primordial afin de débiter un lien de confiance. Il est donc important de renforcer et d'accentuer ce rôle de proposeur et d'orienteur des soignants de soins primaires, dont la consultation est une occasion à ne pas manquer pour renforcer l'adhésion au dépistage. De plus le rôle des soignants est d'informer, de la façon la plus adaptée possible, les patients afin de limiter le frein majeur que peut représenter l'absence de connaissances tant sur les maladies dépistées que sur le dépistage en lui-même, à la fois dans sa réalisation mais également dans son accessibilité.

L'objectif est d'améliorer l'autonomie des patients primo-arrivants rencontrés face à cette proposition de dépistage. Cela apparaît d'autant plus intéressant que, si l'accompagnement des personnes peut effectivement constituer un atout favorisant le test, la mise en place d'un accompagnement physique nécessite un investissement dont le rapport coût-bénéfice peut être peu favorable. Cela dit, la mise en place d'un accompagnement physique permet

d'atténuer de nombreux freins : liés à l'orientation géographique, liés à l'anxiété via la réassurance, ou encore liés à la barrière de la langue. De plus, l'accompagnement était surtout proposé à destination des personnes « jeunes ». Pour les MNA reconnus mineurs et pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, cet accompagnement est réalisé par les éducateurs et travailleurs en ayant la charge.

2.6. Les modalités d'accès au dépistage

Le droit commun grâce à l'assurance maladie et les soins gratuits

L'ensemble des répondants de cette étude avaient eu accès au système de soins au moins une fois via la PASS du CHU de Bordeaux. La première consultation y est gratuite quel que soit le statut administratif et la couverture sociale du patient et est sensée être une des portes d'accès à la médecine préventive, notamment de la MDPS, également d'accès libre. Cependant certains répondants ont évoqué une difficulté d'accès aux droits limitant leur venue à la MDPS. Il y a alors une confusion entre le droit commun et les soins gratuits dont font partie les dépistages dans un CeGIDD. De plus, ils décrivent des difficultés d'accès à une assurance maladie et semblent penser que cela les empêche d'accéder aux dépistages proposés à la MDPS. Dans une étude qualitative réalisée au Royaume-Uni basée sur des interviews de responsables de communautés de migrants à Londres, l'aspect financier intervient dans les causes de non adhésion au dépistage alors même que celui-ci est également gratuit. Dans cette étude, il ressort que les migrants nouveaux arrivant ne sont pas au courant des possibilités de dépistage libres d'accès et gratuits. Bien que ce ne soit pas dans le même pays nos résultats sont superposables (65).

Il semble donc fondamental de faire de l'éducation à ce propos et de rappeler aux patients adressés à la MDPS que l'accès au centre de dépistage est totalement libre et gratuit quel que soit le statut administratif et quel que soit le statut de couverture sociale.

L'anonymat et la confidentialité

Il est à noter que pour des personnes ayant des projets nécessitant un résultat négatif du dépistage du VIH, s'assurer de l'anonymat du résultat peut apparaître inutile voire contre-productif, ce qui va à l'encontre des résultats retrouvés en littérature en population générale (52) ainsi que chez des populations migrantes (53,54). En effet le partage d'informations sur sa bonne santé sexuelle est un déterminant important pour certaines personnes ayant l'intention de se mettre en couple ou d'avoir un enfant. Probablement en lien avec la volonté d'arrêter d'utiliser le préservatif lors des rapports sexuels (52). Ce qui constitue alors une participation active à la prévention en santé. Il faut donc considérer la volonté de chaque individu d'accéder à l'anonymat total ou non, et le proposer en fonction du choix de chacun. Ce choix est offert aux personnes consultant au CeGIDD pour le dépistage.

L'unité de temps et de lieux de soins curatifs et de dépistage

Le manque de temps (ou du moins la priorisation des activités) inhérent aux conditions de vie nomades et/ou précaires des personnes migrantes apparaît comme une barrière, pour le dépistage d'une part (52,54), et plus généralement pour l'accès aux soins primaires (68). En conséquence, la multiplication des temps et des lieux de soins représente une réelle difficulté dans le parcours de soins de ces patients. Ces éléments sont retrouvés dans une revue de littérature portant sur l'efficacité des programmes de dépistage européens des maladies infectieuses chez les migrants (54). Dans les barrières sont retrouvés la multiplicité des étapes pour les dépistages ainsi que le manque de temps. Également, on peut observer que lors de l'étude PrécaVir, les deux PASS concernées adressaient à deux Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG), l'un à 500m et l'un à l'intérieur de l'hôpital. Elles relevaient une différence de participation au dépistage entre ces deux situations (97% vs 82%), alors même que leurs proximités étaient bien supérieures à la situation à Bordeaux.

Il apparaît donc souhaitable de proposer le dépistage en un lieu unique et systématiquement lors de la première rencontre afin de limiter les perdus de vue. Cette modalité pourrait permettre de faciliter la communication entre soignants partenaires intervenant dans le parcours de soins, puisque celui-ci serait centralisé. La coopération entre professionnels étant également bien identifiée comme facteur facilitant au dépistage (54). Le rôle central des services des PASS au sein de ce parcours de soins est donc mis en valeur. La consultation dans ces services représente une occasion de prise en charge globale, avec la disposition de soins curatifs et la possibilité d'orienter vers un bilan préventif. Cette occasion s'inscrit cependant dans une fenêtre temporelle mince : en effet, du fait de la mission prioritaire d'accès au système de droits communs, la patientèle des PASS effectue un turn-over important, et comme nous le constatons consulte d'abord à la recherche de soins curatifs. L'organisation d'un tel dispositif au sein des PASS requiert donc une attention particulière autour de l'efficacité de la démarche.

Améliorer l'orientation entre la PASS et le CeGIDD

Il apparaît aussi, à la lecture des résultats, que certains obstacles géographiques existent pour une partie des répondants. Les difficultés liées aux déplacements dans un environnement inconnu participent à dissuader certaines personnes de faire un dépistage dans un lieu qu'elles ne connaissent pas. Cela semble d'autant plus prégnant lorsque celles-ci sont arrivées depuis peu de temps. Or, l'objectif de santé publique du dépistage systématique est de le réaliser le plus précocement possible, idéalement dans les 4 mois suivant l'arrivée sur le territoire, comme le préconise le HCSP (29,72). Et ce, afin de réduire au maximum la proportion de personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC qui ignorent leur statut sérologique, pour permettre un meilleur contrôle de ces épidémies. Cependant, ce délai peut être incompatible avec la maîtrise nécessaire de l'environnement urbain pour se déplacer sans difficulté entre les différents lieux de soins, d'autant plus chez des populations précaires dont les priorités sont orientées vers des actions de survie, comme

discuté plus haut, et qui par conséquent n'expérimentent parfois que quelques lieux ciblés lors de leurs premiers mois d'arrivée (lieux d'aide alimentaire, d'hébergement d'urgence, squats, hôpital, préfecture, structures d'accueil des demandeurs d'asile etc.).

La simplification du parcours entre le service orienteur et le CeGIDD est primordiale. Car la distance apparaît comme un facteur clé limitant l'adhésion. Aussi car, pour une partie des patients migrants, il n'est pas simple de se déplacer, parfois pour des raisons d'irrégularité mais également pour des raisons financières, d'orientation et d'indication. Se rendre à la PASS est une première étape à surmonter pour les patients, et une fois dans cette structure de soin il leur est demandé à nouveau de se rendre dans une autre structure, en l'occurrence la MDPS. Cela peut correspondre à une nouvelle difficulté de déplacement, une nouvelle « perte de temps ». Afin de minimiser ce problème d'accessibilité il serait utile d'améliorer les outils à la disposition des patients afin de se rendre à la MDPS. Cela peut passer par une amélioration de la fiche d'orientation qui leur est distribuée. Il peut être intéressant de réfléchir à l'optimisation de la signalisation de la MDPS sur la voie publique. Enfin il peut se poser la question de la distribution d'un titre de transport afin que les patients puissent prendre sans difficulté les bus ou le tram.

L'apport des TROD

L'apport des dispositifs « d'aller vers » est un des piliers de la prise en charge des personnes précaires, notamment au vu des difficultés de déplacement vers les structures de soins et de la priorisation des actions vers des objectifs liés à la survie. En ce sens, la place des TROD dans le dépistage du VIH, du VHB et du VHC est primordiale, puisqu'ils peuvent permettre un accès simplifié et rapide aux patients vus dans des structures médico-sociales ou associatives (14,73,74). Comme discuté précédemment, ils permettent également de constituer une réponse adaptée à la crainte d'une perte de sang trop importante. Cependant, malgré des recommandations de la HAS en faveur de leur utilisation en 2016, les TROD pour le VHB ne sont pas autorisés actuellement en structures médico-sociales et associations. De plus, leurs résultats renseignent sur l'existence ou non d'Ag HBs, et ne permettent pas de se passer d'une sérologie permettant d'avoir accès à l'Ac anti-HBs ainsi qu'à l'Ac anti-HBc, qui renseignent sur le statut immunologique et vaccinal vis-à-vis de la maladie. Or l'objectif du dépistage du VHB concerne à la fois le diagnostic et la prise en charge des patients présentant une hépatite chronique B, et à la fois la vaccination des personnes non immunisées contre ce virus. Du côté des acteurs de santé, les CeGIDD et les PASS, entre autres acteurs, développent ces actions en mobilité afin d'améliorer l'accès au dépistage.

Le cadre du rendez-vous

D'après nos résultats, certains patients perçoivent la consultation sur rendez-vous comme une motivation aidant à réaliser le dépistage. Si comme nous venons de le voir le dépistage ne peut être réalisé dans une unité de lieu et de temps, à minima le cadre de la prise d'un rendez-vous pour le dépistage peut être bénéfique. Si le sans rendez-vous permet une plus

grande souplesse à la fois pour le soignant et pour les patients, il ne permet pas d'instaurer un repère. Il serait plus aisé pour certains de retarder le moment du dépistage en l'absence d'un horaire et d'une date précise. Et la notion d'honorer un engagement semble récurrente dans les discours de nos répondants. Il pourrait donc être intéressant de pouvoir proposer à chacun l'approche lui convenant le mieux lors de l'orientation vers le CeGIDD, entre le rendez-vous et la consultation libre. Et pour le soignant orienteur, il peut être possible de renforcer l'engagement personnel du patient en convenant à l'avance avec lui d'une date opportune où il pourrait s'y rendre. Cependant, il faut contrebalancer la prise de rendez-vous comme repère pour les patients avec la possibilité de rendez-vous manqués, occasionnant le gâchis de moyens humains mis à disposition.

Conclusion et perspectives

1. Les objectifs de santé publics fixés par le HCSP et la DGS auprès des différents acteurs

Les personnes migrantes originaires d’Afrique de l’Ouest et d’Afrique Centrale sont particulièrement susceptibles d’être touchées par le VIH, l’hépatite chronique B et l’hépatite chronique C car ces maladies virales sont endémiques dans leurs pays d’origine mais également parce qu’elles ont pu être exposées lors de leur migration ou depuis leur arrivée sur le territoire français.

Au vu de cette susceptibilité il paraît indéniable que le dépistage de ces maladies leur soit **facilement accessible**. En effet il semble opportun d’aller au-delà des réponses aux demandes de soins primaires de ces personnes en situation de vulnérabilité en proposant un bilan de santé préventif adapté.

En 2015, une saisine conjointe du ministère de la santé (via la DGS) et du ministère de l’intérieur a eu lieu, relative aux enjeux, en termes de santé publique, du maintien ou de l’évolution de la visite médicale obligatoire que passaient jusqu’alors tous les étrangers primo-arrivants de pays tiers qui souhaitaient obtenir un titre de séjour pour une durée supérieure à 3 mois sur le territoire national. Il était demandé au HCSP d’émettre son avis sur l’opportunité du maintien ou non de cette visite réalisée jusqu’alors par les services médicaux de l’Office Français de l’Immigration et de l’Intégration (OFII).

Le HCSP, dans ses constatations, a relevé que la visite médicale réalisée jusqu’alors était censée répondre à un double objectif de contrôle et de prévention. Il a considéré qu’il existe un obstacle éthique et déontologique à ce que ces deux fonctions soient effectuées par une même structure.

Ainsi après étude le HCSP recommande que soit maintenu un « Rendez-vous santé » obligatoire dans un délai de 4 mois après l’entrée sur le territoire, détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical, et ayant pour objectif l’information, la prévention, le dépistage, l’orientation et l’insertion dans le système de soin commun.

Il est stipulé dans ce rapport que ce **Rendez-vous Santé** doit être **idéalement** effectué dans un **lieu unique** intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels.

Lors de ce Rendez-vous Santé des **informations** doivent-être systématiquement délivrées sur les principes de la santé en France ; les **modalités d’accès, d’organisation et de fonctionnement du système de soins** en France ; ainsi que les **modalités de prise en charge des soins** (assurance maladie etc.).

Le HCSP stipule également que le **recours à l'interprétariat** professionnel soit systématique pour les personnes non francophones.

Plus concrètement le HCSP conseille que la structure en charge de ce Rendez-vous Santé ait établi des liens contractuels avec d'autres structures de santé pour concourir à la réalisation de ses missions et permettre notamment un **accès facilité et effectif** aux soins en cas de nécessité.

Les examens obligatoires sont un examen clinique général, une évaluation et une mise à jour du statut vaccinal. Des examens à proposer systématiquement sont décrits : le dépistage de la tuberculose par les CLAT, ainsi que le dépistage du VIH, du VHB et du VHC. La modalité de ce dépistage est décrite comme telle : pour la réalisation de ces examens, la structure devra avoir contractualisé avec des centres de dépistage (comme les CDAG et les CeGIDD par exemple). D'autres examens peuvent être proposés en fonction de l'examen clinique, des facteurs de risque individuels, de l'origine géographique et des modes de vie, tels que le dépistage de la drépanocytose ou d'autres hémoglobinopathies, le dépistage du diabète, le dépistage du saturnisme chez les enfants, une bandelette urinaire ainsi que l'examen microbiologique des selles (28).

Le HCSP a donc fourni les bases de ce Rendez-vous Santé à l'attention des migrants primo arrivants, la DGS par une instruction du 8 Juin 2018 reprend cette proposition avec pour but de concrétiser ce rapport, en informant les ARS et en les guidant dans la mise en place de ce Rendez-vous.

Parmi les axes prioritaires, pour la construction d'un parcours de santé des migrants identifiés par la DGS, l'un est de faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé ; un autre est d'organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville, pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants.

La DGS identifie, entre autres, les PASS comme des structures médicales adaptées susceptibles d'initier ce Rendez-vous Santé et de servir de structure « pivot » pour l'organisation du parcours de santé avec les autres intervenants (29).

Ainsi la prise en charge globale de la personne migrante primo arrivante en France est cadrée par ces différentes directives qui fournissent une base d'organisation cohérente. Cependant comme nous l'avons vu précédemment, dans l'introduction de notre travail, la réalité du terrain semble assez loin des objectifs fixés notamment à Bordeaux avec une faible participation au dépistage au CeGIDD des patients adressés depuis la PASS. Ce constat a motivé notre travail de thèse qui s'est, pour des raisons méthodologiques et parce que cela était pertinent compte tenu de la population prise en charge à la PASS et concernée par le dépistage, concentré sur les patients migrants primo arrivants originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale.

Ce travail a permis de mettre en évidence des leviers et des freins à la réalisation du dépistage. Parmi les facteurs qui influencent sa réalisation nous pouvons retenir :

- Les connaissances et les perceptions au sujet des maladies dépistées et de la réalisation du dépistage. Cela fait écho avec la proposition du HCSP de réaliser de la prévention et de l'information lors du Rendez-vous santé.
- La difficulté de déplacement et d'accès aux structures de soins pour des raisons organisationnelles pures ou liées au statut de migrant ou enfin à cause de la crainte des structures de soins. Selon le HCSP, une structure unique pour l'ensemble du Rendez-vous Santé apparaît comme une organisation idéale.
- L'isolement, la barrière de la langue. Ce qui rejoint la préconisation de la DGS de systématiquement proposer un interprétariat dans le cadre de ce premier rendez-vous santé, si nécessaire.
- La méconnaissance des droits d'accès au système de soins et des soins gratuits, ce qui rejoint également la nécessité d'information à ce sujet.

Nous constatons donc qu'un grand nombre des préconisations institutionnelles correspondent à des difficultés retrouvées dans les résultats. Cependant la réalité du terrain rappelle que ces propositions ne sont pas toujours applicables aisément. L'analyse de tous ces facteurs permet de partir de ce constat pour optimiser l'orientation des personnes migrantes primo-arrivantes depuis les PASS, et ce afin de leur permettre d'accéder facilement à un bilan de santé adapté à leurs facteurs de risque, dont l'intérêt est individuel et collectif.

Ainsi au vu de ces résultats et afin de répondre à ces préconisations, certaines modifications de pratiques permettraient d'améliorer l'orientation des patients vers le dépistage.

La mise en place d'un Rendez-vous Santé en un lieu et un temps unique semblerait un réel atout permettant de limiter la multiplication des étapes. Cela permettrait également de diminuer les perdus de vue, de ne pas surcharger les patients dans leurs tâches quotidiennes, et de limiter le stress dû à la consultation dans différents lieux de soins.

La diversification des modalités de dépistage permettrait au patient d'avoir une proposition de parcours de dépistage le plus adapté à ses possibilités, sa situation, ses représentations ou ses craintes. Cela consisterait par exemple à proposer un Rendez-vous santé unique, comme évoqué juste avant, ou un adressage à la MDPS avec possibilité d'une prise de rendez-vous si désiré. La réalisation de TROD en examen de débrouillage permet un accès au dépistage en structure de soins et en intervention extérieure, et apparaît d'autant plus intéressant si la prise de sang est un obstacle majeur évoqué par le patient.

Enfin, lors de la proposition d'un dépistage, s'assurer que le patient est en possession de l'ensemble des informations nécessaires à sa réalisation apparaît prioritaire. Ces informations peuvent concerner le motif de proposition, les risques liés à ces maladies et les facteurs de risque de contamination, mais aussi le fonctionnement du système de soin et les droits vis-à-vis de celui-ci.

En ce sens, développer des outils d'amélioration de la littératie en santé des patients apparaît central. Nous abordons ce sujet dans le paragraphe suivant.

2. L'apport de la recherche en littératie en santé

Le concept de littératie est la capacité des individus à accéder à l'information, à la comprendre, à l'évaluer et à la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer leur santé dans divers milieux et tout au long de leur vie. Le terme littératie est issu de l'anglais « literacy », dont le français « alphabétisme », s'il n'est pas son synonyme, est son équivalent. Il est reconnu qu'il y a un lien entre des connaissances et des croyances erronées sur la santé et une utilisation sous-optimale des soins et du système de santé (75). Cela peut être lié à des conceptions culturelles éloignées de la promotion, de la prévention de la santé, ou tout simplement des conceptions culturelles du pays d'origine. Auquel cas l'apport de la médecine transculturelle peut être intéressant. Il peut également être lié à un niveau de littératie en santé faible. L'étude de ce concept montre que les individus ne sont pas égaux dans leur capacité à agir face à un système de santé complexe. Le niveau de littératie des personnes et des populations est en effet associé à leur état de santé global. De plus, les personnes présentant un faible niveau de littératie, et leurs familles, présentent des risques particuliers de problème de santé du fait de leur difficulté à comprendre les informations relatives à la santé, quel que soit leur mode de présentation ou de diffusion. Il existerait un lien entre de bas niveaux de littératie et une participation plus faible à des activités de prévention, une prévalence plus forte des facteurs de risque pour la santé, une communication moins efficace avec les professionnels de santé, une compréhension limitée des prescriptions et l'accroissement de leurs effets indésirables, une autonomie limitée dans la gestion des maladies chroniques, une augmentation des hospitalisations et des réadmissions, et une augmentation des coûts liés aux soins de santé. La littératie en santé peut donc être un levier adapté pour améliorer l'état de santé de populations précaires, de personnes ayant reçu une éducation limitée, et de locuteurs non francophones.

Cela justifie le fait d'intervenir dans ce domaine de diverses manières, comme par exemple :

- Par des interventions spécifiques ayant pour but de faciliter la compréhension, l'intelligibilité des ressources et informations destinées aux patients et usagers. Elles reposent sur la conception de documents simplifiés, l'utilisation d'images ou de supports multimédias et la simplification de données numériques.
- Par des programmes d'éducation en santé destinés aux patients ayant un faible niveau de littératie en santé.
- Par l'intégration de la santé dans des programmes d'alphabétisation (76).

De tels programmes d'éducation en santé ont un impact positif sur les comportements de santé des participants, et ont déjà été testés chez des migrants autour de l'hépatite B. C'est

le cas dans l'étude « Let's talk about B », un programme d'ateliers de santé à destination de migrants issus d'Asie du Sud-Est (pays d'endémie élevée d'hépatite B) cherchant à identifier les freins au dépistage et à la vaccination et à évaluer son impact sur les comportements de santé. Ces ateliers de formation de groupes, adaptés à la culture des participants, étaient tenus par des professionnels formés à l'éducation en santé, bilingues. Des documentations traduites étaient également fournies aux participants. Puis les retours d'expérience étaient récupérés et analysés, via des questionnaires qui étaient comparés aux données préformation, afin d'en évaluer l'impact. L'étude retrouvait un impact à distance sur leur santé en général, et sur leurs comportements vis-à-vis de l'hépatite B, avec une augmentation des recherches proactives d'information, de discussions avec leurs médecins, ou encore de réalisation d'un dépistage (67).

Les interventions en littératie en santé sont donc un outil pertinent pour les populations les plus éloignées du système de soins, ainsi que pour les soignants les prenant en charge. Localement, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine propose des formations et des interventions en littératie de la santé, à destination des professionnels soignants et des usagers de la santé.

3. L'approche de santé communautaire en santé publique

Les déterminants sociaux sont au cœur des obstacles rencontrés lors de cette étude. L'approche de santé communautaire place ces déterminants au centre des interventions en santé publique. Elle se situe au carrefour des besoins exprimés par les populations et des solutions imaginées par les soignants.

La santé communautaire est définie par l'OMS comme le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. D'après la constitution de l'OMS, « *une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations* » (77).

Elle prend en compte de façon fondamentale l'impact des déterminants sociaux, comportementaux et environnementaux de la santé, en plus du domaine de la gestion de la maladie, cœur de la compétence médicale.

Il ne faut en revanche pas la réduire au champ d'application de la précarité ou de la migration, champ à laquelle la santé communautaire est parfois associée à tort. Elle peut s'appliquer dans tout groupe formé, ensemble de population ou communauté. Néanmoins, l'impact des déterminants sociaux de la santé étant plus visible dans les groupes de population les plus précaires, ils sont un lieu d'application et d'expérimentation intéressant

pour la santé communautaire. A Bordeaux Métropole, l'association Médecins Du Monde développe cette approche auprès de populations en squats, bidonvilles ou à la rue.

4. Perspectives de recherche

Les objectifs des recherches sur les facteurs influençant le dépistage aux infections à VIH, VHB et VHC des migrants primo-arrivants sont l'amélioration de l'adhésion et du recours au dépistage ainsi que l'amélioration des pratiques des professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge.

L'étude de ces facteurs dans une population spécifique donnée peut permettre d'améliorer les pratiques et organisations afin d'atteindre un taux de dépistage optimal au sein de cette population. A partir de cette étude il peut toutefois être risqué d'extrapoler ces résultats à d'autres populations de migrants, originaires de régions différentes. Les aspects culturels influent en effet beaucoup sur ces facteurs, et les occulter présente un risque d'erreur.

L'étude de ces facteurs dans d'autres populations cibles pourrait apporter d'autres éclairages. Dans des populations migrantes cibles par exemple, comme les ressortissants d'Europe de l'Est et du Caucase, groupes à risque d'hépatite C notamment.

L'étude d'une ou de plusieurs interventions concernant les obstacles au dépistage pourrait également être une suite logique à un travail comme celui-ci.

L'expérimentation d'une unité de temps et de lieu pour les soins primaires et la réalisation du dépistage pourrait apporter un éclairage différent ainsi qu'une plus-value dans l'expérience et la qualité de soins des patients. Une autre intervention pourrait concerner l'orientation. L'efficacité de la distribution de tickets de transports pourrait être testée. Tout comme le changement des modalités d'orientation, en appliquant certaines des propositions relevées dans ce travail en résultat comme en discussion.

Bibliographie :

1. World Health Organization. (page consultée le 02/04/2021). Principaux repères sur le VIH/sida, [internet]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Global HIV prevention coalition. (page consultée le 02/04/2021). HIV Prevention 2020 Road Map, [internet]. <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/road-map/>
3. ONUSIDA, Byanyima W. (page consultée le 02/04/2021). Rapport de la Directrice exécutive de l'ONUSIDA — Ouverture du 45e Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, [internet]. https://www.unaids.org/fr/speeches/2019/20191210_PCB45_EXD_speech
4. ONUSIDA. (page consultée le 02/04/2021). Données mondiales sur le VIH 2000-2019, données régionales 2019, thérapie antirétrovirale par région, 2019, [internet]. <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
5. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. Geneva: WHO; 2017.
6. World Health Organization. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021, vers l'élimination de l'hépatite virale. Genève: OMS; juin 2016.
7. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). Hépatites virales. In: ECN PILLY: maladies infectieuses et tropicales. 2018. p. 183-90.
8. World Health Organization African Region. (page consultée le 02/04/2021). HIV/AIDS, [internet]. <https://www.afro.who.int/health-topics/hivaids>
9. Organisation mondiale de la Santé. (page consultée le 02/04/2021). Le coût de l'inaction : la perturbation des services liée à la COVID-19 pourrait entraîner des centaines de milliers de décès supplémentaires dus au VIH, [internet]. <https://www.who.int/fr/news/item/11-05-2020-the-cost-of-inaction-covid-19-related-service-disruptions-could-cause-hundreds-of-thousands-of-extra-deaths-from-hiv>
10. World Health Organization African Region. (page consultée le 02/04/2021). Hépatites, [internet]. <https://www.afro.who.int/health-topics/hepatitis>
11. Santé publique France. (page consultée le 11/04/2021). VIH/sida : données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida [internet]. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/vih-sida-donnees-2018-sur-les-decouvertes-de-seropositivite-vih-et-diagnostics-du-sida>
12. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costaglia D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins. Conseil national du sida et des hépatites virales; avr 2018.
13. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 11/04/2021). Immigrés, étrangers, [internet]. <https://insee.fr/fr/statistiques/3633212>
14. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. HAS; mars 2017.

15. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al; groupe ANRS-Parcours. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Epidémiol Hebd. 2015;(40-41):752-8.
16. Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, et al. Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. Bull Epidémiol Hebd 2019;(24-25):469-77.
17. AFEF. (page consultée le 20/03/2021). Hépatite B, [internet]. <https://afef.asso.fr/la-maladie/maladies/hepatite-b/>
18. AFEF. (page consultée le 02/04/2021). Hépatite C, [internet]. <https://afef.asso.fr/la-maladie/maladies/hepatite-c/>
19. Roudot-Thoraval F, Rosa-Hézode I, Delacroix-Szmania I, Costes L, Hagège H, Elghozi B, et al. Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : étude Précavir 2007-2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Janv 2017;14-15:263-70.
20. Comité pour la santé des exilés Comede. Rapport d'activité et d'observation 2019 du Comede. Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre; 2019.
21. Dray-Spira R, Sogni P, Lert F, Bajos N, Lydié N, Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, et al. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(19-20):339-47.
22. Ministère des solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Oct 2015.
23. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Prévention et dépistage. Conseil national du sida et des hépatites virales; Avr 2018.
24. Dhumeaux D, ANRS, AFEF. Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Paris: EDP sciences; 2014.
25. Ministère des solidarités et de la Santé. Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Code de la santé publique. Sect. Article L-3111, Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Déc 30, 2017.
26. Haute Autorité de Santé. Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants. HAS; Déc 2019.
27. Comité pour la santé des exilés Comede. Bilan de santé. In: Migrants et étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre: Comede;2015. p. 325-30.
28. HCSP. Visite médicale des étrangers primo-arrivants. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; Mai 2015.

29. Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. 8 juin 2018.
30. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. Rapport d'activité OFPRA 2019. OFPRA. Juin 2020.
31. European Border and Coast Guard Agency (Frontex) Risk Analysis Unit. Risk Analysis for 2020. Mars 2020.
32. Eurostat. (consultée le 12/11/2020). Eurostat - Nombre total d'immigrants de longue durée arrivant dans le pays déclarant pendant l'année de référence - Tableau, [internet]. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=fr&pcode=tps00176>
33. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (consultée le 11/04/2021). Définition - Immigré, [internet]. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
34. Conseil économique et social, Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française, 6. Févr 1987.
35. Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/éxilés. Bull Epidémiol Hebd. Sept 2017;(19-20):405-14.
36. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):396-405.
37. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Revue économique. 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.
38. L'Assurance Maladie. (consulté le 13/04/2021). Aide médicale de l'État et soins urgents, [internet]. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medecale-etat-soins-urgents>
39. Code de la sécurité sociale. Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé. 2019-1531 déc 30, 2019 (version à jour au 13 avril 2021).
40. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018 dans les programmes de Médecins du Monde en France. Paris: Médecins du monde; oct 2019.
41. Moisy M. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):662-70.
42. Comité pour la santé des exilés. Accès aux soins, accès aux droits. Conditions de l'accès aux soins. In: Migrants et étrangers en situation précaire Soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels. 2015. p. 170-4.
43. La ministre des affaires sociales et de la santé. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Juin 7, 2013.1-9.

44. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Genève: OMS; 2009.
45. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden : Institute for Futures Studies; 1991.
46. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014; Tome LIII(4):67-82.
47. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Collin; 2016.
48. Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} éd. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale; 2018.
49. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Avr 2017;201(4-6):567-87.
50. Lydié N. Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH-sida: connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis: INPES; 2007.
51. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France; 2010.
52. Potez C, Bridou M, Fouéré S, Montreuil M. Le rôle des facteurs psychologiques dans la réalisation d'une démarche de dépistage du VIH. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 juin 2018;176(6):559-66.
53. Driedger M, Mayhew A, Welch V, Agbata E, Gruner D, Greenaway C, et al. Accessibility and Acceptability of Infectious Disease Interventions Among Migrants in the EU/EEA: A CERQual Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. Nov 2018;15(11):2329.
54. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. The Lancet Infectious Diseases. 1 sept 2018;18(9):259-71.
55. 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 Education and Prevention. 2009;6(21):582-93.
56. Duracinsky M, Thonon F, Bun S, Ben Nasr I, Dara AF, Lakhdari S, et al. Good acceptability of HIV, HBV, and HCV screening during immigration medical check-up amongst migrants in France in the STRADA study. PLoS ONE. 26 juin 2020;15(6):e0235260.
57. Owiti JA, Greenhalgh T, Sweeney L, Foster GR, Bhui KS. Illness perceptions and explanatory models of viral hepatitis B & C among immigrants and refugees: a narrative systematic review. BMC Public Health. Déc 2015;15(151).
58. Santé Publique France. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. Numéro thématique. Connaissances,

- perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France. Bull Epidemiol Hebd. 10 juill 2012;29-30:333-8.
59. Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Févr 2005;53(1):25-42.
 60. SOS Hépatites Fédération. (page consultée le 14 mars 2021). Missions, [internet]. <https://soshepatites.org/association/mission/>
 61. Deletombe G. Le refus de soins chez les Mineurs Non Accompagnés : le cas de la prise de sang. Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration ». 2018.
 62. Ministère de l'Intérieur. (page consultée le 22 mars 2021). La délivrance des titres de séjour pour raisons de santé [internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/La-delivrance-des-titres-de-sejour-pour-raisons-de-sante>
 63. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ. 30 juin 2016;i2089.
 64. Assemblée parlementaire: Conseil de l'Europe; Commission des migrations des réfugiés et des personnes déplacées. La lutte contre le sida auprès des migrants et des réfugiés. Strasbourg: Conseil de l'Europe; janv 2014.
 65. Seedat F, Hargreaves S, Friedland JS. Engaging New Migrants in Infectious Disease Screening: A Qualitative Semi-Structured Interview Study of UK Migrant Community Health-Care Leads. PLoS One. 15 oct 2014;9(10):e108261.
 66. Limousi F, Lert F, Desgrées du Loû A, Dray-Spira R, Lydié N. Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems. PLoS One. 21 déc 2017;12(12):e0188751.
 67. Zibrik L, Huang A, Wong V, Novak Lauscher H, Choo Q, Yoshida EM, et al. Let's Talk About B : Barriers to Hepatitis B Screening and Vaccination Among Asian and South Asian Immigrants in British Columbia. J Racial and Ethnic Health Disparities. Déc 2018;5(6):1337-45.
 68. Van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. Eur J Public Health. 1 févr 2018;28(1):82-7.
 69. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. HAS; oct 2017.
 70. Limousi F, Lydié N. Recours au dépistage du VIH : des leviers bien identifiés mais encore des opportunités à créer. In: Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. La Découverte; 2017. P. 173-94.
 71. Brady JE, Liffmann DK, Yartel A, Kil N, Federman AD, Kannry J, et al. Uptake of hepatitis C screening, characteristics of patients tested, and intervention costs in the BEST-C study. Hepatology. janv 2017;65(1):44-53.
 72. HCSP. Visite médicale des étrangers primo-arrivants. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; mai 2015.

73. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. HAS; mai 2014.
74. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. HAS; juill 2016.
75. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, Société et Solidarité. 2004;3(2):61-71.
76. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, Andrade V de, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Sante Publique. 2017;Vol. 29(6):811-20.
77. World Health Organization. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2005.

Annexes

Annexe 1 : Principales nationalités des primo-demandeurs d'asile selon l'OFPRA en 2019

	Année 2019	Année 2018	Évolution % 2019/2018
Afghanistan	10 027	10 248	-2,2%
Albanie	8 032	8 303	-3,3%
Géorgie	7 757	6 751	14,9%
Guinée	6 651	6 669	-0,3%
Bangladesh	5 810	3 922	48,1%
Côte d'Ivoire	5 482	5 282	3,8%
Haiti	4 708	2 324	102,6%
Nigéria	4 586	3 108	47,6%
Rép. dém. Congo	4 294	3 964	8,3%
Syrie	3 745	4 960	-24,5%
Sous total 10 pays principaux	61 092	55 531	10%
Autres pays	62 590	58 695	6,6%
TOTAL PREMIERES DEMANDES	123 682	114 226	8,3%

Source : Rapport d'activité de l'OFPRA 2019 (30)

Annexe 2 : Etude PASS MDPS 2018-2019

		Consultation à la MDPS après orientation par la PASS		Total
		Non	Oui	
Sexe	F	19 (61%)	12 (39%)	31
	H	104 (75%)	34 (25%)	138
Langue parlée	Allophone	35 (76%)	11 (24%)	46
	Anglophone	11 (73%)	4 (27%)	15
	Francophone	77 (71%)	31 (29%)	108
Région d'origine	Afrique-subsaaharienne	77 (71%)	32 (29%)	109
	Asie	8 (73%)	3 (27%)	11
	Europe de l'est	13 (76%)	4 (24%)	17
	Europe de l'ouest et centrale	7 (88%)	1 (11%)	8
	Maghreb et Moyen-Orient	18 (75%)	6 (25%)	24
Total		123 (73%)	46 (27%)	169

Annexe 3 : Le guide d'entretien

Questions d'introduction : *Pouvez-vous m'expliquer / me raconter comment s'est passé votre consultation à la PASS ? Ensuite, pouvez-vous m'expliquer / me raconter comment s'est passé votre venue à la MDPS ?*

Thème 1 : Connaissances et perceptions des maladies infectieuses dépistées (VIH, VHB, VHC) et du dépistage.

Quelles sont vos connaissances sur ces maladies ? Vis-à-vis des modes de contaminations ? Des moyens de préventions ? De la prise en charge ?

Que pensez-vous de la gravité de ces maladies ?

Que pensez-vous de l'intérêt de ce dépistage ?

Thème 2 : Expérience vécue ou connue : antécédents de dépistage ou de maladie.

Avez-vous déjà été exposé à ces maladies ? Dans votre entourage ? Vous pensez-vous/savez-vous atteint d'une de ces maladies ?

Aviez-vous déjà réalisé ces dépistages (ou un bilan biologique sanguin) ? Connaissez-vous des personnes ayant réalisé ces dépistages dans votre entourage ?

Quelle a été votre expérience de ce dépistage ? Avez-vous vécu une/des expérience(s) particulière(s) ? Négative(s), positive(s) ?

Thème 3 : Obstacles au dépistage.

Avez-vous rencontré des difficultés pour réaliser ce dépistage ? Pendant la consultation à la PASS ? Avant l'orientation ou pour vous rendre vers la MDPS ? Avant, pendant ou après le dépistage ?

Thème 4 : Propositions pour l'amélioration de l'adhésion au dépistage.

Qu'est-ce que vous pensez de la façon dont vous avez été dépisté, de la façon dont on vous a proposé ce dépistage ?

Selon vous, quelles pourraient être les améliorations susceptibles de favoriser la réalisation de ce dépistage ? S'il n'y a pas été : qu'est-ce qui aurait pu être fait de mieux lors de l'orientation qui aurait pu aider à le réaliser le dépistage à la MDPS ?

Quelles seraient les choses à éviter selon vous ?

Annexe 4 : Déclaration de conformité à une méthodologie de référence MR III auprès du CNIL



RÉCÉPISSÉ

Monsieur TANTOT Ronan
6 AVENUE CHARLES DE GAULLE
33650 SAUCATS

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration
2213769 v 0

du 29 mai 2019

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Nom : Monsieur JOANNES	
Augustin	Code NAF ou APE :
Service :	Tél. : +335 56 79 56 79
Adresse : PLACE AMÉLIE RABA LÉON	Fax. :
Code postal : 33000	

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement
Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 29 mai 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

Annexe 5 : Avis favorable du CPP Sud-Méditerranée II



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

AVIS

Membres titulaires & suppléants

Collège technique

- Personnes qualifiées en recherche

Bertrand DUSSOL
Pierre-Henri ROLLAND
Vincent PRADEL
Houm Baghdadi
Noémie RESSEGUIER
Cornel POPOVICI
Claude RAGNÉ
Chantal AGABRIEL

- Médecins généralistes

Claude SICHEL
Pierre REYES

- Pharmaciens hospitaliers

Diane BRAGUER
Bénédicte DELUCA

- Infirmières

Marie RAFFRAY
Patrick BOANICHE

Collège social

- Personnes qualifiées en éthique

Dominique TAILLEFER
Michel CAILLOL

- Psychologues

Janine RICOEUR
Frédérique VINCENT

- Travailleurs sociaux

Gilbert NAURAYE

- Juristes

Jean-Pierre VIDAL
Marine GABORIAU TABARY
Marie CORNELOUP

- Représentants d'associations et usagers

Patrick D'ANGIO
Patrick BLIEK

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II, agréé par arrêté ministériel en date du 26 septembre 2018, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 18 décembre 2018,

en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables sur un projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique

ayant été saisi par le CHU de Bordeaux promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine intitulée :

Recherche des facteurs favorisants et limitants à consulter au CeGIDD de Bordeaux pour le dépistage du VIH, du VHB et du VHC chez des patients migrants orientés depuis la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Bordeaux. Analyse et propositions en vue d'améliorer la prise en charge dans cette population : étude qualitative

identifiée sous le numéro ID RCB : 2019-A01526-51 / SI : 19.08.19.49242 dont l'investigateur coordonnateur est M. TANTOT Ronan.

➤ ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le 20/08/2019 sous la référence interne 219 C28,

➤ ayant examiné ce dossier de recherche lors de sa séance plénière du 06/09/2019 au cours de laquelle

PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. AGABRIEL, P. REYES, D. BRAGUER, M. RAFFRAY, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, J.P VIDAL, M. CORNELOUP, P. D'ANGIO

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a décidé de demander au promoteur des compléments et des révisions.

Le Comité,

➤ ayant reçu le 15/07/2019 l'ensemble des informations et des documents demandés,

➤ ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :

- Courrier de soumission au CPP daté du 20/08/2019
- Formulaire de demande d'avis daté du 20/08/2019
- Attestation de conformité du 10/07/2019
- Formulaire d'information et de consentement du 15/09/2019 version 2
- Guide d'entretien du 19/08/2019 version 1



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

- Résumé du protocole du 19/08/2019 version 1
- Récepissé de déclaration CNIL du 29/05/2019

lors de sa séance plénière du 08/11/2019 au cours de laquelle

B. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL, D. BRAGUER, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, M. CORNELOUP, P. BLIEK

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a émis un

AVIS FAVORABLE

à la mise en œuvre de cette recherche impliquant la personne humaine, considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.

Le Secrétaire général
Pr Bertrand DUSSOL

Le Président
M. Pierre Henri ROLLAND

Il appartient au promoteur ou à son mandataire d'informer le Comité de "la date effective de commencement de la recherche correspondant à la date de la signature du consentement par la première personne qui se prête à la recherche en France" (Art. R. Art R1123-40 du Code de la Santé Publique) et « si, dans le délai de deux ans suivant l'avis du comité de protection des personnes, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné ». (Art R1123-26).

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Les patients migrants primo-arrivants devraient bénéficier du dépistage du VIH, VHB et VHC au décours d'un « Rendez-vous santé » dans les quatre mois suivant leur arrivée sur le territoire français. La PASS du CHU de Bordeaux adresse pour ce faire les patients au CeGIDD. Or le taux de participation au dépistage après adressage est faible.

Objectif : L'objectif principal était d'identifier les obstacles, les facteurs favorisant et les propositions d'amélioration concernant l'adhésion au dépistage du VIH du VHB et du VHC chez les patients migrants originaires d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés vers le CeGIDD de Bordeaux via la PASS du CHU.

Méthode : 14 entretiens semi-dirigés, menés entre Novembre 2019 et Mars 2020, ont été réalisés. Un double codage et une analyse qualitative ont ensuite été effectués par les deux chercheurs à l'aide du logiciel RQDA.

Résultats : Des leviers et des obstacles au dépistage ont été retrouvés parmi les facteurs individuels, les facteurs intermédiaires et les facteurs structurels des déterminants de la santé. Parmi les éléments influençant la réalisation du dépistage nous pouvons retenir : les connaissances et perceptions au sujet des maladies dépistées et au sujet du dépistage ; l'isolement et la barrière de la langue ; la difficulté de déplacement et d'accès aux structures de soins pour des raisons organisationnelles ou liées au statut de clandestin ou par la crainte de ces structures ; la méconnaissance des droits d'accès au système de soins et des soins gratuits.

Conclusion : De nombreux obstacles au dépistage ont été identifiés et doivent être surmontés afin d'améliorer la santé de cette population. La simplification des étapes et la diversification des moyens d'accès au dépistage sont à développer pour optimiser la participation au dépistage. L'amélioration de la littératie en santé et l'approche de santé communautaire sont d'autres axes de réflexion dans ce sens.

TITLE AND ABSTRACT :

Factors influencing screening for HIV, HBV and HCV at CeGIDD, in newly arrived migrant patients from West and Central Africa referred from the PASS of the Bordeaux CHU.

Introduction: The new migrants should benefit from HIV, HBV and HCV screening tests during a "Health check appointment" within the first 4 months after their arrival on the french territory. To do so, the PASS of the Bordeaux CHU proposes to the migrants to get to the CeGGID. And in fact only a low percentage of the migrants actually participate to the screening tests.

Objective: The main objective was to identify the obstacles, the motivating factors and the improvement proposals related to the adhesion to the HIV, HBV and HCV screening tests for the migrants coming from west and central Africa who are prompted to get to the Bordeaux CeGIDD via the PASS of the Bordeaux CHU.

Method: 14 semi-structured interviews were done from November 2019 to March 2020. A double coding and a qualitative analysis were then done by the two researchers.

Results: A number of levers and of obstacles have been evidenced among the individual factors, the intermediate factors and the structural factors of the determinants of health. Among the factors influencing the adhesion to the screening tests we can highlight: the knowledge and the perception of the screened diseases and of the screening itself, isolation and language barrier, issues with the transportation means and accessibility to the health care centers due to self-organization problems or due to the status of illegal immigrant or due to a fear of the institution, the ignorance of the access rights to the health care system and of its gratuity.

Conclusion: Many obstacles have been identified and must be resolved to improve the health of this population. The simplification of the intermediate steps and a diversification of the screening means should be developed to optimize the participation to the screening tests. The improvement of the health care literacy and a community approach are other lines of reflection.

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE – SPECIALITE MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : dépistage ; VIH ; VHB ; VHC ; migrants.

UNIVERSITE DE BORDEAUX – UFR DES SCIENCES MEDICALES
146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cedex