

Dépistage du VIH/sida

chez la personne migrante/étrangère

La consultation médicale est un moment clé pour aborder la prévention et le dépistage du VIH et ce, quel que soit le motif de consultation. Pour une personne migrante, « ne pas être malade » est une préoccupation majeure et l'arrivée en France représente une période charnière qui peut être propice à une (re)prise en charge de sa santé. La communication sur le VIH/sida peut prendre appui sur le besoin potentiel de la personne de faire un bilan de santé. Mais il faut également avoir à l'esprit qu'aborder le thème du VIH/Sida peut être difficile, car tabou et que, dans cette population, les personnes vivant avec le VIH sont souvent l'objet d'une stigmatisation, qui provoque des sentiments de honte et de culpabilité (avec pour conséquence l'isolement).

L'infection à VIH : qui est concerné ?

En France, les données issues de la déclaration obligatoire du VIH⁽¹⁾ en 2003 ont montré l'importance de l'épidémie chez les personnes étrangères originaires notamment d'Haïti et d'Afrique sub-saharienne. Dans cette population, l'épidémie se caractérise par une contamination majoritairement hétérosexuelle et concerne surtout les femmes de moins de 30 ans (avec un dépistage réalisé, pour l'essentiel, en début de grossesse). Le dépistage est plus tardif chez les hommes, ayant pour conséquence, un retard de prise en charge de l'infection.

Offrir la possibilité d'un dépistage aux hommes est important, ce d'autant que ces derniers ont peu d'occasions de se le voir proposer (pas d'événement « équivalent à la grossesse », pas de sérologie VIH prévue à la médecine du travail ...). Proposer le test de dépistage du VIH au sein d'un bilan biologique plus global est souvent mieux accepté (penser aussi aux tests de dépistage des hépatites et de la syphilis, au moins la première fois). On peut saisir "de bonnes occasions" pour le faire : lors du premier bilan de santé, lors d'un « retour au pays », etc.

Infection à VIH et pays d'origine ?

- Les ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne sont principalement issus du Cameroun, de la République démocratique du Congo, de la Côte d'Ivoire, du Mali et de Centrafrique et l'augmentation du nombre de cas touche principalement les femmes.
- Les ressortissants des pays d'Amérique sont principalement issus de l'Equateur, du Guyana, d'Haïti et du Suriname : l'augmentation est comparable chez les hommes et chez les femmes.

1- cf site de l'Institut de Veille sanitaire(www.invs.sante.fr) :

- BEH n° 5/2004. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France.
- BEH n°43/2004. Intérêt d'un parcours santé proposé aux résidents d'un foyer Sonacotra.
- Résultats de la déclaration obligatoire.

Pour vous aider à aborder le dépistage dans votre consultation

- Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, fondé sur l'expérience quotidienne du Comede (Comité médical pour les exilés). Le guide vise à être un outil ressource pour les professionnels confrontés à des demandes multiples : dépistage, prise en charge médicale, soutien, accès aux soins, conseil juridique, coordonnées d'associations et d'institutions utiles... Guide à commander gratuitement auprès de l'Inpes* ou pdf à télécharger à partir du site www.inpes.sante.fr ou du site www.leguideducomede.org dans une version régulièrement mise à jour.
- Rapport Delfraissy 2002 avec un chapitre spécifique « migrants/étrangers et VIH » (www.sante.gouv.fr, rubrique maladies puis thème VIH/sida).
- VIH Info Soignants : 0 810 630 515, le service d'écoute destiné aux professionnels de santé sur les questions liées au VIH/sida, hépatites et IST (www.vih-info-soignants.org).
- Sida Info Service : 0 800 840 800, le service d'écoute pour les patients, anonyme et gratuit (www.sida-info-service.org) et guide pratique d'informations.

Réf.13-04886-L.

Comment optimiser la consultation et l'échange ?

Prendre en compte les différences de perceptions du sida chez les personnes migrantes

Pour certains patients migrants, les termes "VIH", "séropositif" sont rarement employés (voire méconnus). Penser au sida, c'est souvent penser « mourir du sida » (à l'instar de ce qui se passe encore aujourd'hui dans leurs pays d'origine) et non « vivre avec le sida ».

Le VIH induit des représentations qui s'articulent selon un double registre (étude menée par SIS auprès de personnes primo-migrantes en 2002⁽²⁾)

- Sur le **plan rationnel**, les connaissances de la maladie sont bien partagées concernant son caractère transmissible, ses modes de transmission (sexuelle et sanguine : transfusion, plaies, rasoir, seringues...), sa gravité et les moyens de protection. En revanche, les connaissances s'avèrent moins répandues à propos de l'évolution de la maladie (et son caractère silencieux à ses débuts), de l'existence de traitements efficaces (qui freinent la progression de la maladie) et du dépistage.
- Sur le **registre émotionnel et symbolique**, on enregistre des évocations morbides, anxiogènes, des représentations stigmatisantes des personnes contaminées, qui souvent incarnent la faute. Il ressort des attitudes de mise à distance de la maladie « c'est un peu tabou, honteux, on n'en parle pas » et des personnes à risque « je pense que si on discute avec quelqu'un, si on lui serre la main, il y a des risques... ». Sont décrits également des mécanismes de déni de l'existence de la maladie : « toutes les autres maladies, il y a des médicaments, mais là, il n'y a rien. Cette maladie là, je crois que ça n'existe pas ».

En pratique, expliquer :

La différence entre la séropositivité et la maladie sida, le caractère asymptomatique de l'infection pendant de nombreuses années, l'intérêt de dépister précocément, pour se donner toutes les chances de succès thérapeutique à long terme, au moyen d'un suivi régulier (préciser qu'un projet parental reste possible), les modes de transmission, les conseils préventifs...

Prendre en compte les facteurs socio-culturels

Ces facteurs sont importants à connaître, mais ils peuvent donner lieu à des interprétations abusives et à une lecture trop culturaliste. Il faut par ailleurs garder à l'esprit les contraintes quotidiennes de l'existence de ces personnes (vulnérabilité sociale, médicale et économique).

Chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, prendre en compte, en se gardant toujours de généralisations rapides et abusives, le fait que :

- certaines pratiques sexuelles exposent à des lésions génitales féminines importantes (irrigations génitales, dry sex...);
- l'excision, l'infibulation, etc... favorisent la transmission des IST ;
- l'homosexualité reste peu acceptée dans beaucoup de communautés ;
- les concepts d'abstinence et de fidélité de couple peuvent être parfois avancés comme modèle de prévention du risque VIH ;
- les règles du lignage et du mariage, les situations matrimoniales (monogamie, polygamie, lévirat, sororat...) doivent être prises en compte dans la proposition de dépistage, mais doivent être interprétées avec prudence.
- les règles de la vie privée, la faible autonomie des femmes dans le couple notamment, peuvent restreindre le libre choix des femmes dans les pratiques sexuelles.

2- Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Etude qualitative 2002 (www.sida-info-service.org).

* Pour toute information ou commande sur les outils d'information de l'Inpes sur le sida : www.inpes.sante.fr.
Commande GRATUITE (dans la limite des stocks disponibles) par fax 01 49 33 23 91 ou par courrier Inpes, service diffusion, 42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis cedex.

Avoir recours à l'interprétariat

Il est important de s'assurer que le patient a bien compris la proposition de dépistage, c'est pour cette raison que la présence d'un interprète professionnel peut être souhaitable. Le recours à un membre de l'entourage accompagnant la personne peut être délicat (particulièrement s'il s'agit d'un enfant ou du conjoint...), pour des raisons de neutralité et de confidentialité, compte-tenu du caractère intime des questions débattues et du tabou entourant le VIH/sida.

- Toutes les adresses d'interprètes se trouvent dans le guide du Comede (cf plus haut).
- Les CDAG et les services de maladies infectieuses disposent gratuitement de prestations d'interprétariat par téléphone (sans rendez-vous) sur toute la métropole (ou par déplacement uniquement en Ile-de-France), assurées par des professionnels en 84 langues, dans le cadre d'un partenariat entre ISM Interprétariat (tél : 01 45 35 57 15) et la Direction Générale de la Santé.

S'appuyer sur les médiateurs de santé publique *

Issus du groupe social ou communautaire dont ils se sentent proches, ils n'ont pas pour mission de se substituer aux professionnels de la santé et du social, mais d'agir en synergie avec eux, d'assurer le lien dans le cadre du projet préventif et thérapeutique entre les professionnels et les publics concernés, de clarifier et interpréter le symbolique requis.

Comment inciter un patient à réaliser un test de dépistage du VIH ?

Il est important de tenir compte des motivations et des freins à la réalisation d'un test de dépistage du VIH, afin d'apporter les arguments susceptibles de lever tout ou partie de ces freins.

- Les **motivations au dépistage** correspondent à l'envie de faire le point ou d'établir des bilans réguliers : vérifier l'efficacité de la protection adoptée, préserver son (ses) partenaires, bénéficier de soins le plus tôt possible en cas de découverte de séropositivité, rester en bonne santé (soutien de la famille au pays, projet de parentalité...).
- Les **freins au dépistage** peuvent être liés à des idées de culpabilité, de perte de l'estime de soi, la crainte de l'exclusion et de la stigmatisation, la crainte de ne plus vivre comme avant, de ne pas pouvoir avoir d'enfant... mais il sont aussi du fait de la cherté et l'absence d'anonymat supposées, de la rupture redoutée de la confidentialité, de la méconnaissance de traitements gratuits et accessibles. Il est aussi difficile d'admettre la réalité de l'infection en l'absence de symptômes. Intervient enfin parfois la crainte de contracter la maladie en faisant le dépistage.

Le dépistage nécessite donc un accompagnement de la personne par le soignant :

- **par une valorisation de la démarche** : importance de faire le point, attitude responsable dont elle témoigne à l'égard de soi-même, de son ou ses partenaires, de sa famille, etc.
- **tout en modulant les enjeux liés aux résultats du test** : déculpabilisation, dédramatisation de l'issue de la maladie (mise en avant de l'existence des traitements et de la qualité de vie possible des malades traités) ; réassurance vis-à-vis de la prise en charge du séropositif par les institutions spécialisées, garanties quant à la protection des personnes atteintes (pas d'exclusion professionnelle, pas de sanction sur le titre de séjour, etc).

En pratique, quels points expliquer ?

- Le terme de dépistage est peu connu et peu utilisé : le mot « test » ou « test de dépistage », à la fois plus simple et plus neutre lui est fréquemment substitué (mais aussi "analyses", "examen").
- De nombreux aspects concernant le dépistage restent méconnus ou mal connus pour les personnes n'ayant jamais effectué de test : le délai de réalisation après une prise de risque, l'existence de traitement prophylactique (traitement post-exposition ou TPE), le délai d'attente des résultats, l'existence de centres de dépistage, la gratuité du test, le respect de l'anonymat, la confidentialité...
- Quelques arguments pour convaincre : importance de faire le point, pronostic meilleur si dépistage précoce, prise en charge complète et gratuite, existence de traitement pour retarder l'évolution de la maladie, possibilité de grossesse avec enfants en bonne santé...

* Renseignements possibles auprès de l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Africaine (IMEA) au 01 53 26 52 62.

Comment expliquer les résultats ?

- En cas de premier test positif, il est nécessaire de prévoir une confirmation par un second prélèvement. Au cours de cette seconde consultation, les points évoqués précédemment doivent être repris (en s'assurant tout particulièrement, à cette étape, de la compréhension). La personne peut être orientée vers une consultation spécialisée, tout en lui ménageant la possibilité de revoir ultérieurement le prescripteur initial du test (médecins traitants, gynécologues, obstétriciens...). Envisager aussi avec qui elle pourrait en parler, ou se faire aider. Des échanges ouverts, plus facilement en fin de consultation, portent sur le partenaire (connaissance de la séropositivité, annonce avec proposition du test), sur le niveau d'information relative aux modes de transmission, à sa perception des risques, l'attitude à l'égard des préservatifs (masculin/féminin) et les capacités de négociation avec le partenaire. Le discours de prévention doit être simple : en cas de relation sexuelle, seuls les préservatifs – masculins ou féminins – protègent du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (expliquer mode d'emploi – cf. outils multilingues de l'Inpes – mais aussi leur coût, les lieux d'achat...). Le soignant peut se faire aider, dans cette démarche parfois complexe, par un interprète professionnel et/ou un médiateur de santé publique.
- En cas de test négatif, le rendu du résultat doit également être l'occasion d'échanges sur les risques et les moyens de prévention.

Prudence sur la terminologie...

- Les termes relatifs au statut sérologique peuvent faire l'objet d'une confusion : si majoritairement, le vocable « positif » est compris comme indiquant la présence du virus, dans quelques cas cependant, on constate une inversion du sens entre positif et négatif : « tout est positif, tout va bien » ; si le terme séropositif est connu par la plupart, en revanche, le terme séronégatif reste plus mystérieux, d'autant plus qu'il indique l'absence de la maladie, dans des termes cliniques qui font penser à sa présence : « séronégatif, je ne sais pas, peut-être celui qui attrape la maladie (...) ». Le séronégatif peut être guéri, Ah non, il n'est pas malade, pourquoi il a un nom de malade alors ?».
- A noter enfin, lors du suivi d'une personne séropositive, que les termes "charge virale indétectable" peuvent également prêter à confusion : la personne considère souvent, à tort, qu'elle est désormais guérie et n'a plus besoin de suivi médical ni d'utiliser le préservatif.
- Pour les femmes séropositives, aborder le désir de grossesse et la question d'une contraception efficace.

Le dispositif de notification obligatoire du VIH de l'InVS

- Chaque personne dont la maladie est déclarée doit en être informée individuellement par son médecin. Cette information porte sur ce qu'est la notification obligatoire des maladies, sa finalité, la nature des informations transmises, les garanties de protection de l'anonymat et le droit d'accès et de rectification des informations recueillies pour la personne concernée.
- Le médecin informe oralement la personne au moment de l'annonce du diagnostic ou au moment qu'il jugera le plus opportun pour elle. Il lui remet une fiche d'information spécifique sur la notification obligatoire de l'infection à VIH et une fiche d'information sur la surveillance virologique de l'infection à VIH. Il est important de cocher la case précisant si le patient s'oppose ou non à la surveillance virologique. Il appartient au médecin prescripteur du test d'adresser la déclaration à l'InVS (cf. site de l'InVS www.invs.sante.fr, pour plus de détails).



Service téléphonique d'information, d'orientation et d'écoute destiné au grand public sur les questions liées au VIH/sida



Service d'écoute destiné aux professionnels de santé sur les questions liées au VIH/sida, hépatites et IST

Remerciements : le Comede, Sida Info Services, Dr Abdon Goudjo.

