

# Bonne acceptabilité du dépistage du VIH, du VHB et du VHC lors du contrôle médical à l'immigration chez les migrants en France dans l'étude STRADA

Martin Duracinsky, Frédérique Thonon, Sonia Bun, Imène Ben Nasr, Aïchata Fofana Dara, Sabrina Lakhdari, Laurence Coblentz-Baumann, France Lert, Svetlane Dimi, Olivier Chassany

Publié: 26 juin 2020 • <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235260>

## Abstrait

### Introduction

La prévalence du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C parmi les migrants en France est élevée. Ainsi, un dépistage et un suivi efficaces sont nécessaires. Le contrôle médical obligatoire pour la demande de résidence est l'occasion d'offrir un dépistage rapide du VIH et de l'hépatite. Le principal objectif de l'étude STRADA est de créer une stratégie de dépistage réalisable et acceptable pour les migrants. Dans le cadre de l'étude STRADA, cette recherche qualitative a examiné l'acceptabilité de la réalisation de tests de dépistage dans le cadre d'une demande de résidence.

### Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative auprès de migrants légaux de plus de 18 ans ayant une connaissance suffisante de la langue française, anglaise ou arabe. Les entretiens ont été réalisés à la suite d'un guide d'entrevue semi-structuré de questions ouvertes. Les entretiens ont été transcrits textuellement et ensuite analysés au moyen d'une analyse thématique.

### Résultats

Nous avons interrogé 34 migrants. L'âge moyen était de 32,6 (min-max: 19, 59) ans. La région d'origine des participants était principalement l'Afrique subsaharienne et la principale raison de la migration vers la France était le regroupement familial. L'acceptabilité du dépistage du VIH et de l'hépatite par les migrants était élevée. Les participants qui ont accepté les tests ont indiqué un avantage pour la santé individuelle et pour éviter la transmission. Tests rapides les plus préférés; la réticence était liée à l'anxiété quant aux résultats immédiats et à la fiabilité perçue des tests rapides. Les connaissances des migrants sur le VIH étaient satisfaisantes, mais insuffisantes pour l'hépatite. Le dépistage dans le cadre d'une visite médicale obligatoire ne présentait pas d'obstacle à l'acceptabilité. Certains se sont déclarés préoccupés par le cas du VIH, mais lorsqu'ils ont été expliqués,

### Discussion

Les examens médicaux dans les centres d'immigration sont l'occasion de dépister le VIH et l'hépatite, ce qui est considéré comme acceptable par les migrants. Informer les migrants que les résultats des tests n'affectent pas les demandes de résidence et intégrer leurs préférences sont tous importants pour optimiser l'acceptabilité du dépistage.

**Citation:** Duracinsky M, Thonon F, Bun S, Ben Nasr I, Dara AF, Lakhdari S, et al. (2020) Bonne acceptabilité du dépistage du VIH, du VHB et du VHC lors du contrôle médical d'immigration chez les migrants en France dans l'étude STRADA. PLoS ONE 15 (6): e0235260. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235260>

**Editeur:** Enrique Castro-Sánchez, Université de Londres, ROYAUME-UNI

**Reçu:** 17 décembre 2019; **Accepté:** 11 juin 2020; **Publié:** 26 juin 2020

**Copyright:** © 2020 Duracinsky et al. Il s'agit d'un article en libre accès distribué sous les termes de la [licence d'attribution Creative Commons](#), qui permet une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support, à condition que l'auteur et la source d'origine soient crédités.

**Disponibilité des données:** Cette étude analyse les données qualitatives pour lesquelles les participants n'ont pas consenti à ce que leurs transcriptions complètes soient rendues publiques. L'accès aux données est limité par l'IRB 00003835 (numéro d'approbation: 2016 / 43NI). Toute demande de données doit être adressée à [cpp.iledefrance4@orange.fr](mailto:cpp.iledefrance4@orange.fr).

**Financement:** MD a reçu un financement pour ce projet du Fonds Asile, Migration et Intégration (AMIF- [https://ec.europa.eu/home-affairs/financing/fundings/migration-asylum-borders/asylum-migration-integration-fund\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/financing/fundings/migration-asylum-borders/asylum-migration-integration-fund_en)), numéro d'attribution: FAMI-I-16-342; de l'Office français des migrations et de l'intégration (OFII- [www.ofii.fr](http://www.ofii.fr)), viiv healthcare (<https://viivhealthcare.com>), numéro de subvention CT180187; Abbvie ([www.abbvie.fr](http://www.abbvie.fr)) numéro de subvention 2018/12 / STRADA; et Gilead ([www.gilead.com](http://www.gilead.com)). FAMI, viiv, Abbvie et Gilead n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

**Intérêts concurrents:** les auteurs ont déclaré qu'il n'y avait pas d'intérêts concurrents.

## introduction

Les maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC) sont un problème non résolu chez les migrants en France. En effet, en 2014, parmi les 6600 nouveaux cas de VIH découverts, la moitié concernait des étrangers résidant en France. Les hépatites B et C ont également une prévalence élevée parmi les migrants. Une enquête a estimé une prévalence du VHC pouvant atteindre 10,2% et une prévalence du VHB allant jusqu'à 43,6% parmi les migrants des pays à forte endémicité [ 1 ].

En plus d'une prévalence élevée du VIH, du VHB et du VHC, les migrants sont également confrontés au problème du diagnostic tardif, malgré l'accès à des tests et des traitements gratuits, quel que soit leur revenu ou leur statut migratoire. Certaines raisons du diagnostic tardif ont été suggérées, telles que le tabou culturel et le manque de connaissances sur le VIH [ 2 , 3 ].

Le diagnostic tardif du VIH, du VHB et du VHC est particulièrement problématique. Le diagnostic précoce présente des avantages évidents, à la fois pour l'individu (par exemple, un accès plus précoce aux soins avec une meilleure espérance de vie) et pour la communauté (par exemple, la prévention des flambées). En ce qui concerne le VIH, les patients traités avec une charge virale indétectable ne transmettent pas le virus [ 4 , 5 ]. Ceci est conforme à la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA, ce qui signifie que pour la première étape de la cascade, 90% des personnes vivant avec le VIH devraient être informées de leur statut [ 6 ].

En France, tous les migrants légaux sont soumis à un bilan de santé obligatoire au bureau des migrations ( *Office Français de l'Immigration et de l'Intégration* - OFII) à leur arrivée en France ou lors de l'obtention d'un titre de séjour [ 7 ]. Ce contrôle gratuit comprend une radiographie pulmonaire pour la tuberculose pulmonaire active, un examen des vaccinations, un test de la vue, une mesure de l'indice de masse corporelle et un test glycémique. Actuellement, aucun dépistage du VIH ou de l'hépatite virale n'est proposé aux migrants dans le cadre de cette visite médicale. Les directives recommandent que chaque personne subisse un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C au moins une fois au cours de sa vie, quels que soient les risques, et que les migrants soient testés pour le VIH au moins une fois par an [ 8 ]. Il est également recommandé de combiner les trois tests ensemble [ 9 ].

Offrir un dépistage de ces trois maladies virales dans le cadre du contrôle médical est l'occasion de tester un large éventail de migrants qui, autrement, ne seraient pas dépistés. Pour ceux qui testent séropositifs, ce contrôle permet un accès plus précoce à un traitement efficace et gratuit.

Ce dépistage n'est pas obligatoire et les individus devraient donc avoir la possibilité de refuser ou d'accepter de tels tests. Afin de maximiser les taux de dépistage, les questions d'acceptabilité du dépistage lors de l'examen médical doivent être abordées. Ainsi, il est important de faire comprendre aux migrants en visite qu'ils ne devraient pas se sentir obligés mais plutôt motivés à se faire dépister. Il est également important que les migrants comprennent que les résultats de ces tests restent confidentiels. Ils doivent savoir qu'en cas de résultat positif, ils pourront accéder à un traitement gratuit en France, et qu'un résultat positif ne justifie pas le refus d'un titre de séjour. Enfin, une meilleure compréhension des préférences du migrant quant aux conditions de réalisation de ce dépistage est importante pour garantir sa faisabilité et son acceptabilité.

L'étude STRADA évalue la validité d'un questionnaire électronique d'auto-évaluation des facteurs de risque (appelé «TROD screen») pour une stratégie de dépistage ciblée du VIH, du VHB et du VHC (avec des tests de dépistage rapide) chez les migrants. Cet article rapporte les résultats de la première partie de l'étude STRADA, à savoir l'analyse de l'acceptabilité de l'introduction du dépistage rapide et d'un questionnaire de dépistage des facteurs de risque chez les migrants lors d'un contrôle médical obligatoire dans un bureau de migration de l'OFII. Les questions portaient sur les connaissances des migrants sur ces maladies infectieuses, leur perception du dépistage du VIH et de l'hépatite virale et du dépistage rapide, et leur opinion sur l'offre de dépistage dans les locaux des bureaux de migration de l'OFII lors de la visite médicale.

## Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative (entre octobre 2016 et mars 2017) consistant en une série d'entretiens avec des migrants légaux soumis à un contrôle médical obligatoire dans les bureaux locaux de migration de l'OFII.

### Les participants

Les migrants soumis au contrôle médical obligatoire ont été sélectionnés dans cinq bureaux locaux de migration dans trois régions différentes de France. Le recrutement s'est déroulé différemment selon l'organisation du bureau. Dans deux bureaux, le médecin ou l'infirmière a invité chaque migrant lors d'une consultation médicale à participer à l'étude. Dans trois bureaux, l'étude a été présentée à tous les migrants présents en début de journée et des volontaires ont été invités à se manifester.

Les participants inclus étaient âgés de plus de 18 ans et avaient une connaissance suffisante de la langue française, anglaise ou arabe. Nous visons à atteindre la diversité en termes de sexe, d'âge, de pays d'origine et de niveau d'éducation. La taille de l'échantillon a été choisie pour garantir la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens n'ajoutaient aucune nouvelle information pertinente.

### Collecte de données

Les entretiens ont été réalisés à la suite d'un guide d'entretien semi-structuré de questions ouvertes basé sur une revue de la littérature explorant les thèmes suivants: connaissances sur le VIH et les hépatites B et C et ses traitements, attitude vis-à-vis du dépistage du VIH et de l'hépatite, connaissances et opinions sur les tests rapides et attitude face à la discussion de la sexualité ou de la consommation de drogues avec les professionnels de la santé. Le guide a été modifié et amélioré après les 10 premiers entretiens.

Les entretiens ont été menés de manière confidentielle dans une pièce calme et enregistrés avec la permission du participant. En plus des entretiens, des données sociodémographiques ont été collectées: sexe, âge, niveau d'éducation, pays d'origine et motif de l'immigration. La date d'arrivée en France a été collectée dans la seconde moitié de l'échantillon. La plupart des entretiens (N = 30) ont été réalisés en français, trois entretiens ont été réalisés en anglais et un en arabe par un chercheur qui est un locuteur natif de cette langue (IBN).

### L'analyse des données

Les entretiens ont été transcrits mot pour mot, puis analysés à travers une analyse thématique. Six chercheurs (SB, IBN, FT, AFD, SL, MD) ont travaillé en binôme pour coder un total de deux entretiens, puis les codes ont été revus par le reste de l'équipe pour assurer la cohérence. Cette triangulation a été réalisée pour s'assurer de la validité des résultats, selon une méthode proposée par Burnard [ 10 ]. Le logiciel NVivo10 a été utilisé (licence n° 12). Nous présentons les résultats selon les directives COREQ [ 11 ] en annexe S1 .

Le seul entretien réalisé en arabe a été directement transcrit et analysé en français par l'enquêteur (IBN). Les trois entretiens menés en anglais ont été transcrits et analysés en anglais sans traduction.

## Déclaration d'éthique

L'étude STRADA a reçu l'agrément d'un comité d'éthique institutionnel parisien (IRB n ° 00003835, protocole 2016 / 43NI) et a été enregistrée auprès de l'agence de protection des données (CNIL n ° 2008669). L'étude qualitative a été menée de manière anonyme (c'est-à-dire qu'aucune donnée d'identification n'a été collectée). On a systématiquement demandé aux participants qui acceptaient d'être interviewés s'ils consentaient à être enregistrés en audio au début de chaque entretien.

## Résultats

### Les participants

Trente-quatre migrants ont été interrogés. Deux migrants ont explicitement refusé. Sept avaient des compétences linguistiques insuffisantes pour terminer l'entretien. Les entretiens ont duré entre 6 et 45 minutes, avec une moyenne de 15 minutes.

Sur les 34 migrants interrogés, la moitié étaient des femmes (n = 17). L'âge variait entre 18 et 59 ans, avec une moyenne de 32,6 ans. La région d'origine des participants était principalement l'Afrique subsaharienne (n = 18; 52%). La principale raison de la migration vers la France était le regroupement familial (n = 17; 50%). Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont résumées dans le [tableau 1](#).

	Number (% total)	
Nationality	Sub-Saharan Africa	18 (52%)
	North Africa/Middle-East	6 (18%)
	Asia	4 (12%)
	Eastern Europe	3 (9%)
	South America	3 (9%)
Reason for immigration	Studying	6 (18%)
	Work	3 (9%)
	Refugee	4 (12%)
	Family reunification	17 (50%)
	Other	4 (12%)
Education level	Primary education	11 (32%)
	Completed high school	9 (26%)
	Bachelor's degree	7 (21%)
	Master's degree	7 (21%)
Occupation	Working	10 (29%)
	Seeking employment	14 (41%)
	Student or in training	9 (26%)
	Housewife/husband	1 (3%)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235260.t001>

**Tableau 1. Caractéristiques des participants par origine.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235260.t001>

De l'analyse, sept thèmes principaux ont émergé: la perception du VIH / SIDA par les migrants, les connaissances et les attitudes à l'égard du dépistage du VIH, les conditions de dépistage du VIH préférées, les connaissances et les perceptions de l'hépatite B et C, la discussion sur la sexualité et la consommation de drogues, les attitudes à l'égard des méthodes de dépistage rapide fournies par un professionnel de la santé et avis sur le dépistage du VIH lors du bilan de santé obligatoire.

### Perception du VIH / SIDA par les migrants

Bien que tous les migrants savaient que le VIH est une maladie sexuellement transmissible et ont mentionné l'utilisation du préservatif comme moyen de protection, quelques croyances telles que l'abstinence ou la fidélité sont les moyens de protection les plus importants. Une jeune femme, après avoir initialement mentionné les préservatifs comme moyen de protection, les a rejetés plus tard comme peu fiables car ils pouvaient être percés et a souligné la fidélité comme une méthode plus fiable.

Un participant, travaillant dans une organisation non gouvernementale au Togo, a déclaré que de nombreuses personnes là-bas avaient encore des croyances erronées sur la transmission du VIH, comme les baisers. Au-delà des connaissances théoriques sur la transmission, il y avait encore des croyances persistantes selon lesquelles le VIH pouvait être causé par un sort mystique.

Tous les participants sauf un (une femme du Cap-Vert) connaissaient l'existence d'un traitement contre le VIH. Un participant n'a appris le traitement qu'après avoir déménagé en France. La disponibilité du traitement anti-VIH en France a été mentionnée par plusieurs migrants, exprimant leur confiance dans le système de santé français.

*« Je pense que oui , en France , c'est bien développé , tout sur la médecine . Je pense que cela peut être donné gratuitement »(M7)*

Les migrants ont décrit comment le traitement antirétroviral pouvait arrêter la progression de la maladie, prolongeant ainsi l'espérance de vie. Néanmoins, la plupart des participants considéraient le traitement comme peu efficace, contraignant et comportant de nombreux effets secondaires. Un participant (un étudiant chinois au doctorat) pensait que le traitement anti-VIH ne fonctionnait pas. Parce que le traitement à vie avait des impacts importants sur la qualité de vie, ils espéraient également qu'un traitement curatif serait disponible. Leurs connaissances sur le VIH proviennent essentiellement des médias, en particulier de la télévision. Parfois, ils ont reçu des informations de campagnes de prévention, généralement menées à l'école ou lors d'événements culturels (comme le carnaval), d'amis proches ou de membres de la famille vivant avec le VIH.

Quel que soit le niveau de connaissance du VIH, les participants percevaient le VIH comme une maladie grave et finalement mortelle. Certains migrants africains ont expliqué que lorsqu'une personne décédait subitement, une infection à VIH était souvent suspectée en raison de la forte prévalence de la maladie. Cela suggère que le VIH peut être non diagnostiqué ou caché parmi les proches.

*«Quand mon mari est mort, tout le monde a dit qu'il avait le sida.» (M2) .*

Les participants, essentiellement d'Afrique subsaharienne, ont évoqué la méfiance des membres de leur communauté à l'égard des autres vivant avec le VIH. La stigmatisation portée par les personnes vivant avec le VIH était également liée aux perceptions religieuses du mariage et de la sexualité, et pas seulement dans la communauté d'Afrique subsaharienne. Par exemple, le VIH

pourrait s'expliquer par l'interdiction des relations sexuelles avant le mariage. Les personnes vivant avec le VIH se retrouvent rejetées de la société et parfois de leur famille, ce qui les conduit souvent à cacher leur maladie.

#### Connaissances et attitudes à l'égard du dépistage du VIH

Afin d'optimiser la participation volontaire à cette étude, nous avons choisi de ne pas poser de questions directes liées à la propre histoire du migrant en matière de dépistage du VIH. Cependant, la majorité des participants ont déclaré spontanément avoir subi un test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie (N = 23). Trois migrants ont déclaré avoir subi des tests de dépistage du VIH à plusieurs reprises et quatre migrants ont déclaré qu'ils n'avaient jamais été testés pour le VIH. Les raisons rapportées pour les tests comprenaient: un comportement à risque récent, une grossesse, un bilan de santé pré-nuptial, un don de sang, une intervention chirurgicale ou un examen général proposé par un médecin. Deux migrants ont mentionné avoir subi un test de dépistage du VIH dans le cadre du processus de migration pour émigrer en Allemagne ou au Luxembourg. Pour la majorité des participants,) sans évaluation du comportement à risque.

Pour tous les participants qui ont été dépistés pour le VIH, l'expérience a été positive, malgré le stress d'avoir à attendre les résultats (six participants).

*«À propos de l'échantillon sanguin, vous pouvez avoir votre rendez-vous deux ou trois jours plus tard (pour les résultats) [...] et deux ou trois jours plus tard, c'est comme si vous étiez poussé à mort. Vous avez donc beaucoup de mauvaises idées dans votre tête. (M40)*

*"Donc les résultats attendent, vous êtes stressé, vous ne savez pas, vous avez peur, et dès que vous connaissez les résultats, ça va mieux." (M35)*

Les avantages d'un test de dépistage du VIH comprenaient: être traité en cas de séropositivité, être rassuré sur le statut sérologique individuel, améliorer la qualité de vie et ne pas infecter les autres. Plusieurs facteurs ont facilité la décision d'entreprendre un test de dépistage du VIH: ne pas se sentir personnellement à risque, percevoir le VIH comme une maladie chronique comme les autres, avoir été testé positif pour une autre maladie asymptomatique (comme l'hépatite) et être conscient d'une forte prévalence de l'infection en leur communauté ou leur pays d'origine.

#### Conditions de dépistage du VIH préférées

Certains participants, qui n'avaient jamais été testés, ont souligné la nécessité de se préparer mentalement pour le test, en particulier lorsqu'ils réfléchissent à la possibilité d'un test positif.

Bien que la plupart des participants soient favorables au dépistage du VIH, ils ont également mentionné les obstacles et les inconvénients possibles pour d'autres migrants à subir le test. Outre l'anxiété liée au dépistage et la peur d'un diagnostic positif, des conditions de vie défavorables ont également été évoquées. Peu de temps après l'arrivée en France, les préoccupations liées au logement et à l'emploi ont prévalu alors que la santé n'était pas considérée comme une priorité.

*«Je n'ai pas vraiment envie [de faire un test de dépistage du VIH] vous voyez... Parce que... quand quelqu'un quitte son pays, il vient ici, l'attente les oblige à se concentrer sur ses documents [administratifs]. Alors, quand quelqu'un leur dira «voulez-vous faire un test de dépistage du VIH?», Ils ne vous écouteront même pas.»*

Nous avons demandé aux participants quelles étaient les conditions idéales pour subir un test VIH. Il y avait une nette préférence de la plupart des participants pour un test effectué par un professionnel de la santé qualifié et expérimenté (médecin ou infirmière), en particulier parce qu'ils préserveraient le secret médical. Certains participants avaient des doutes sur la confidentialité des organisations caritatives ou communautaires effectuant des tests rapides du VIH sans un professionnel de la santé. Certains participants, pour la plupart ceux ayant un faible niveau d'éducation, avaient une préférence pour un médecin, qui était perçu comme plus expérimenté, mieux informé et rassurant. Certains migrants préféreraient effectuer un test avec leur médecin de famille en qui ils ont confiance. Concernant la communication, certains migrants ont mentionné qu'ils souhaiteraient être informés de la possibilité d'un test de dépistage avant la visite médicale. Prendre le temps de se préparer mentalement au test était considéré comme essentiel. La plupart des participants s'attendaient également à ce que le professionnel de la santé effectuant le test communique clairement sur le VIH et les rassure sur les préoccupations (par exemple, concernant la gestion de la maladie, l'accès aux soins et l'absence de conséquences pour l'obtention d'un permis de séjour).

#### Connaissance et perceptions des hépatites B et C

L'hépatite n'était pas une maladie bien connue parmi les participants, quels que soient le pays d'origine et le niveau d'éducation. Même un participant vivant avec l'hépatite B en avait peu de connaissances. Un autre participant, travaillant dans une organisation caritative de lutte contre le VIH au Bénin, n'était pas au courant de la transmission sexuelle de l'hépatite, malgré sa propre implication dans le travail de prévention du VIH et sa conscience que la prévalence du VIH augmentait. La plupart des participants ne savaient pas que le foie était l'organe affecté ou que la maladie était transmissible.

*«Eh bien, l'hépatite... l'hépatite B, d'autres maladies ne sont pas vraiment connues du grand public. Parce que les gens ont tellement stigmatisé le VIH et le sida qu'ils préféreraient... ils voient le VIH et le sida comme une maladie vraiment terrible. Une maladie... au-delà, il n'y a pas d'autre [pire] maladie! Mais l'hépatite B est également dévastatrice! Il y a... il y a beaucoup d'autres maladies à transmission orale qui sont même pires que le sida.»*

Les participants n'ont pas fait la distinction entre les différents types d'hépatite (A, B et C). La majorité des participants ont décrit l'hépatite comme étant transmise par voie orofécale. La transmission par le sang (p. Ex., Transmission sexuelle, matériel contaminé, consommation de drogues) n'a pas été mentionnée.

La plupart des connaissances des migrants sur l'hépatite étaient liées à la vaccination, notamment avant de voyager ou avant d'arriver en France. Parmi nos participantes, il était rare qu'elles aient eu connaissance ou expérience du dépistage de l'hépatite B ou C. Le dépistage avait généralement été effectué pendant une grossesse ou lors d'un contrôle médical de routine avec un médecin.

Tous les participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas beaucoup d'informations sur ces infections. Ils ont été déçus par le manque d'efforts de sensibilisation et de prévention de l'hépatite tels que ceux qui existent pour le VIH / sida. À ce titre, ils souhaitent approfondir leurs connaissances sur l'hépatite.

*«Pour commencer, le dépistage du VIH, vous entendez les gens en parler. Il y a des associations que tout le monde connaît. Mais pour le dépistage de l'hépatite, vous devriez peut-être demander à plus de gens de parler du dépistage de l'hépatite.»*

La majorité des participants ont perçu l'hépatite comme une maladie grave qui est peut-être mortelle. Les symptômes d'hépatite aiguë ont été les plus fréquemment mentionnés: fièvre, jaunisse, vomissements et faiblesse. Il y avait aussi, cependant, plusieurs idées fausses. En fait, alors qu'un migrant pensait que ces symptômes étaient liés à une maladie du sang, un autre les a décrits comme une maladie affectant les reins ou les poumons. Un autre migrant pensait qu'il était impossible d'avoir l'hépatite B sans avoir déjà contracté l'hépatite C. La chronicité de la maladie était rarement mentionnée: certains participants considéraient l'hépatite C comme une maladie plus grave que l'hépatite B. Le terme «hépatite» semblait également être associée à l'hépatite A. Dans ce contexte, la transmission par voie orale par l'eau contaminée était le mode d'infection le plus souvent mentionné.

Malgré les connaissances limitées sur l'hépatite, il n'y avait aucune inquiétude particulière quant à la disponibilité d'un traitement. La possibilité qu'un traitement existe et le fait que l'on puisse en bénéficier en cas d'hépatite, les participants ne semblent pas préoccupés par la disponibilité du traitement. Bien qu'elle soit considérée comme une maladie grave, l'hépatite n'est pas considérée comme un «fléau» comme le VIH. La plupart des participants considéraient l'hépatite comme une maladie ordinaire nécessitant un traitement. Seuls deux participants ont évoqué l'idée d'un traitement à vie. Un participant russe était très sensibilisé aux maladies sexuellement transmissibles; l'autre participant avait travaillé dans un hôpital.

#### Discuter de la sexualité et de la consommation de drogues

Peu de participants ont mentionné avoir discuté de leur vie sexuelle ou de leur activité sexuelle avec un professionnel de la santé. Contrairement aux hommes, les femmes sont plus spontanées et plus à l'aise lorsqu'elles abordent le sujet de la sexualité avec leurs professionnelles en soins. Dans notre échantillon, seules les femmes avaient pris l'initiative de poser des questions sur les questions sexuelles à leur médecin, parfois lors d'une consultation de gynécologie. Une femme a souhaité recevoir des informations sur les maladies sexuellement transmissibles. Un autre avait approché un professionnel de la santé pour discuter du plaisir sexuel et de sa mutilation génitale. Seuls quelques participants masculins ont mentionné avoir été interrogés sur leur sexualité lors d'une visite médicale dans le passé. La majorité des participants ont exprimé leur déception que leur médecin n'ait jamais abordé le sujet de la sexualité lors d'une consultation.

*«Oui, pour moi je dis que c'est bien, car il y a beaucoup de femmes ou d'hommes qui ont des problèmes sexuels mais ils ne savent pas comment les expliquer ou en parler. Vous savez donc que c'est un problème sexuel, mais ce n'est pas facile de le soulever directement. Mais s'il y avait quelqu'un qui avait l'habitude de parler d'eux... alors même quand vous parlez avec des gens et que tout à coup vous remarquez que cette personne ou cette personne, vous pourriez parler avec eux. Mais si vous allez chez le médecin et si le médecin ne demande pas (rires)... Mais pour moi, depuis que je suis arrivé ici, personne ne m'a parlé de ces choses.» (M2)*

*«C'est un avantage. Parce que la connaissance est le pouvoir, comme on dit. La connaissance est le pouvoir. Le fait de savoir certaines choses, comme peut-être que l'on a entendu mais n'a pas fait attention. Par exemple, lorsque vous vous rendez chez un spécialiste expérimenté, qui peut mieux expliquer les problèmes [de santé], les avantages et les inconvénients, enfin, lorsque vous partez de là, vous repartez avec des connaissances. Et demain, ça peut... ça peut vous aider. Cela peut vous aider, apprendre quelque chose, cela peut vous aider.»*

Même si la majorité des migrants que nous avons interrogés ont eu une réponse favorable à la discussion sur la sexualité à l'OFII, certaines limites ont été notées. L'embarras de parler de sexe, en particulier avec un professionnel de la santé inconnu, a été mentionné. Deux participants (un homme, une femme) ont préféré que ces questions soient discutées avec leur médecin de famille de confiance.

Un seul participant a indiqué qu'il n'était pas nécessaire que les prestataires de soins de santé abordent les questions d'ordre sexuel, qu'ils soient ou non de l'OFII. Il a estimé que c'était une affaire privée et que ces questions ne devraient être discutées qu'avec des spécialistes (par exemple, des sexologues).

L'obstacle au débat sur la sexualité à l'OFII pourrait être un manque de sincérité et / ou d'ouverture des migrants sur leur sexualité par crainte de ne pas obtenir de permis de séjour.

*"En vérité je pense que c'est pour dire : qu'est-ce qui va arriver... à la personne qui dit ça? Par exemple si je viens ici et que tu me demandes "As-tu des relations sexuelles?" , Ça ne va pas interférer avec mon visa, mais si vous avez [certaines] relations sexuelles comme ça, si c'est positif, nous avons un traitement pour vous. Si vous consommez des drogues et que vous voulez vous en débarrasser, si cela vous dérange, si cela vous rend malade, ou quelque chose comme ça, nous avons des personnes qui vous aideront.*

L'acceptabilité de discuter de la consommation de drogues à l'OFII était élevée. Même si les participants n'étaient pas personnellement concernés, ils ne se sentaient pas mal à l'aise à l'idée de parler de cette question. Ainsi, ils n'ont pas eu de problème à en parler avec leur professionnel de la santé lors d'une visite médicale dans le passé. Ils ont indiqué qu'ils accepteraient volontiers des informations sur le sujet. La lutte contre la consommation de drogues était considérée comme faisant partie intégrante du rôle du médecin. Parler de l'usage de drogue pourrait permettre au médecin d'acquiescer une meilleure compréhension globale du patient. Cependant, une majorité de participants ont indiqué que leur médecin n'avait jamais discuté de la consommation de drogues avec eux. Selon eux, pour que cette expérience soit considérée comme bénéfique et bien perçue par les migrants, elle doit être associée à une prévention qui conduirait à un traitement adéquat.

Néanmoins, malgré une bonne acceptation individuelle de discuter de la consommation de drogue dans notre échantillon, les participants ont reconnu la suspicion sur la sincérité et l'ouverture des autres migrants lorsqu'ils discutaient de la consommation de drogue à l'OFII, exprimant leur peur éventuelle des conséquences négatives de ne pas obtenir de permis de séjour.

*«Non, cela ne me choque pas, parce que le médecin me le demande pour ma santé. Par exemple, si vous ne dormez pas bien, il peut arriver que vous preniez des médicaments et arriviez à l'hôpital. Si le médecin veut savoir ce qui s'est réellement passé, il vous posera quelques questions. Cela ne peut pas vous choquer, c'est normal pour eux, cela fait partie de leur travail.*

*«Si c'est vraiment important, il faut surtout parler aux jeunes, les plus jeunes je pense, surtout pour leur expliquer que ce n'est pas un tabou ici, ils ont vraiment des possibilités, s'ils sont accros et qu'il y a de vraies solutions qu'ils peuvent connaître à peu près, ils pourraient ne pas les avoir dans leur pays.*

#### Attitudes à l'égard des méthodes de dépistage rapide fournies par un professionnel de la santé

Parmi les 34 participants, 11 n'avaient jamais entendu parler d'un test rapide du VIH et seuls quelques-uns savaient comment cela fonctionnait. Certains participants les ont compris car les kits d'autotest sont vendus en pharmacie. Les personnes les plus au courant des tests rapides de dépistage du VIH étaient les migrants d'Afrique qui avaient moins de 35 ans. Certains d'entre eux ont déclaré que les tests rapides étaient plus répandus dans leur pays d'origine qu'en France. Les hommes concernés par la prévention du VIH étaient plus intéressés par leur utilisation. Lorsque nous avons brièvement expliqué ces tests, tous les participants voulaient en savoir plus.

Les avantages de l'utilisation de tests rapides mentionnés par les participants étaient: l'immédiateté des résultats, la réduction du stress dans l'attente des résultats, la simplicité, car cela pourrait remplacer le prélèvement sanguin, et la commodité de ne pas avoir besoin d'obtenir des résultats, économisant ainsi du temps et du transport. frais.

Les tests rapides ont également été perçus comme présentant des inconvénients. Premièrement, la fiabilité de ces tests a été jugée plus faible en raison de la rapidité des résultats et de la perception de leur nouveauté. Les tests sanguins classiques étaient considérés comme «l'étalon-or» et souvent préférés. Même après avoir expliqué la fiabilité des tests rapides, certains doutes ont persisté. Deuxièmement, certains migrants ont préféré le test classique, car plusieurs maladies pouvaient être testées avec le même échantillon. Enfin, deux femmes africaines ont mentionné avoir un problème avec la rapidité des résultats. Recevoir un résultat positif juste après avoir effectué le test a été décrit comme brutal et source d'anxiété. Se préparer à un résultat positif a nécessité du temps, surtout si la personne testée risquait d'être séropositive.

*«Quant à moi, si je ne me sens pas en confiance ou si j'ai des doutes, me connaissant, je préférerais faire le prélèvement sanguin car j'aurais peur d'en être informé tout de suite. Je préfère attendre [...]. Si tu le fais pour une naissance, par exemple, tu peux me le dire tout de suite mais si j'ai des doutes je préfère la prise de sang »*

*«Si vous voulez avoir les résultats immédiatement après, si vous êtes sûr que le test sera négatif, vous pouvez avoir les résultats immédiatement, vous serez satisfait. Mais si vous n'êtes pas sûr de vous, que vous voulez tout de suite les résultats, et que c'est positif, vous serez malheureux [...]. Vous devez vous préparer mentalement et physiquement pour accepter les résultats de ce test. »*

En conclusion, les tests rapides ont été perçus comme principalement bénéfiques en raison des résultats immédiats, mais ils ont parfois été décrits comme provoquant la peur. Ainsi, ils devraient être administrés avec des possibilités de conseils, de réconfort et de suivi.

#### Opinions sur le dépistage du VIH lors du bilan de santé obligatoire

De nombreux participants ont déclaré qu'ils accepteraient un dépistage rapide du VIH et de l'hépatite pendant le contrôle s'il était proposé. Cinq participants n'auraient pas accepté.

Certains migrants ont déclaré que le dépistage à l'OFII était «pratique» car ils pouvaient se faire dépister sans avoir à se rendre dans un autre centre de dépistage, ce qui leur permettait d'économiser du temps et des frais de transport. C'était particulièrement pratique car de nombreux migrants ne savaient pas nécessairement où se faire dépister. Le contrôle médical était considéré comme un point d'entrée dans le système de santé français. Certains participants ont estimé que la France, en tant qu'État, avait le droit de connaître le statut VIH des migrants et que le dépistage à l'OFII était donc justifié. Un homme a estimé que les tests devraient être obligatoires et effectués avant la migration.

Parmi les 34 participants, cinq d'entre eux n'ont pas souhaité être testés pour le VIH ou l'hépatite à l'OFII. L'une des raisons était le manque de familiarité et de confiance envers les professionnels de santé de l'OFII. Pour une femme, le cadre idéal pour le dépistage du VIH était le médecin de famille. D'autres migrants se sentaient mal à l'aise de discuter de questions intimes liées à la sexualité avec des professionnels de la santé inconnus. Un homme d'Afrique subsaharienne, impliqué dans les campagnes d'ONG de prévention du VIH dans son pays, était opposé au dépistage du VIH, craignant que d'autres migrants ne se sentent obligés de faire le test. Pour certains participants, l'examen médical était un mauvais moment pour un test de dépistage du VIH. Décider de faire un test de dépistage de maladies infectieuses ou autres nécessitait du temps pour réfléchir avant. Les participants ont mentionné que les migrants nouvellement arrivés n'avaient ni le temps ni la disponibilité pour y réfléchir, en raison d'autres priorités telles que l'administration, le logement ou les finances. Ils ont indiqué que le meilleur moment pour ces tests était après la résolution de ces problèmes.

En conclusion, les participants se sont sentis libres de refuser la projection. Les barrières étaient plus souvent exprimées pour les autres que pour eux-mêmes, surtout si l'on était membre d'une ONG. Le fait de ne pas accepter le dépistage du VIH à l'OFII semble être lié soit à l'inconfort de discuter de problèmes sexuels avec un professionnel de la santé inconnu, soit à l'angoisse d'un diagnostic positif, en particulier dans le contexte de la migration (p. Ex. Préoccupations concernant le permis de séjour, autres problèmes administratifs). Ces inquiétudes pourraient être liées au manque de connaissances sur la disponibilité du traitement anti-VIH. En outre, en particulier pour les migrants d'Afrique subsaharienne, la stigmatisation autour du VIH était présente.

Nous avons demandé aux migrants ce qu'ils pensaient du contrôle médical à l'OFII en plus du dépistage du VIH ou de l'hépatite. Le contrôle médical a été apprécié, car il reflétait la préoccupation du gouvernement français pour les migrants et l'opportunité de s'informer sur le système de santé français. Cependant, le contrôle médical a également été décrit comme incomplet et parfois trop rapide. Un participant a souhaité que les analyses médicales effectuées à l'OFII puissent être étendues à davantage de maladies. L'examen médical a été qualifié de stressant par certains participants car la délivrance du permis de séjour dépendait de son achèvement. Pour les autres migrants, cela a été décrit comme une procédure simple.

Les participants ont suggéré des moyens d'augmenter l'acceptabilité des tests rapides. Ils ont suggéré de souligner le caractère volontaire des tests et qu'un résultat positif au test n'a pas d'impact sur l'obtention du permis de séjour. Un participant a suggéré que le fait d'informer les migrants avant le contrôle médical pourrait aider les migrants à s'y préparer.

## Discussion

### Principaux résultats

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer les perceptions sur les tests et les tests rapides et les opinions sur l'offre de tests à l'OFII lors de la visite médicale parmi les migrants légaux subissant la visite médicale. Nous avons trouvé un haut niveau d'acceptabilité parmi les participants. Les raisons mentionnées pour accepter les tests ont été bénéfiques pour leur santé, en évitant la transmission et l'accès aux soins. Les obstacles signalés au test étaient: l'anxiété, la peur d'un résultat positif, ne pas se sentir à risque et ne pas se sentir préparé pour un test. Les obstacles spécifiques au dépistage du VIH et de l'hépatite à l'OFII étaient l'incertitude sur son caractère obligatoire et sur les conséquences possibles sur le permis de séjour. Lorsqu'ils ont été informés de ces problèmes, l'acceptabilité des tests était élevée. Certains migrants pensaient qu'il valait mieux avoir le temps de se préparer mentalement lorsque les problèmes pratiques liés à l'immigration seraient résolus. Cependant, trouver une situation sociale et économique stable peut prendre des années et à ce moment-là, la maladie peut progresser.

Les migrants étaient relativement bien informés sur le VIH, malgré une moindre connaissance de l'efficacité du traitement, mais beaucoup moins informés sur l'hépatite. Les tests rapides n'étaient pas très connus. Après avoir été informés des détails de ces tests, les participants ont exprimé leur intérêt à les utiliser en raison de la rapidité des résultats. Cependant, certains participants ont préféré les tests sanguins classiques, les percevant comme plus fiables et préférant également éviter d'obtenir les résultats immédiatement en raison d'un sentiment d'inconfort à l'idée de recevoir un résultat positif.

Enfin, se sentir obligé de faire le test n'est pas spécifique à ce paramètre qui reste anonyme. En effet, le dépistage du VIH est proposé dans diverses situations, y compris dans les logements collectifs des migrants [ 12 ]. Dans ces contextes très soudés, les migrants peuvent ne pas se sentir libres de refuser les tests.

### Comparaison avec la littérature

Une étude menée aux Pays-Bas a révélé un taux d'acceptabilité de 54% pour le dépistage du VIH [ 13 ]. Dans notre étude, 29 des 34 participants inclus ont déclaré qu'ils accepteraient un test VIH réalisé à l'OFII. Notre échantillon d'étude est trop petit pour permettre une généralisation, il faut donc plus de travail sur l'acceptation des tests d'hépatite et de VIH chez les migrants.

D'autres études chez les migrants ont également suggéré un niveau élevé d'acceptabilité pour le dépistage des maladies infectieuses [ 14 ].

Des études ont montré que le manque d'accès au traitement est un obstacle important au dépistage du VIH pour les migrants dans les pays à revenu élevé [ 15 ]. En France, toute personne vivant avec le VIH peut accéder à un traitement gratuit, quel que soit son revenu ou son statut migratoire. Ainsi, l'accès au traitement n'est pas un obstacle au dépistage. Cependant, si les migrants ne sont pas conscients de cet accès au traitement, la barrière demeure. Dans notre étude, la plupart des migrants connaissaient l'existence du traitement et son libre accès en France. Cependant, il existe des domaines où la sensibilisation des migrants pourrait être améliorée. Une étude publiée en 2007 auprès de migrants d'Afrique subsaharienne vivant dans la grande région parisienne a révélé que même les migrants éduqués étaient nettement moins informés de l'existence d'un traitement que les citoyens français [ 16 , 17 ]. Les soins thérapeutiques pour le VIH ont été améliorés, avec des effets secondaires réduits et moins de pilules nécessaires par jour [ 18 ]. L'éducation des migrants sur le traitement sera importante pour les guider vers un dépistage, une prévention et un traitement appropriés.

Nous avons constaté un faible niveau de connaissances sur l'hépatite parmi les participants. Une revue systématique narrative d'études menées auprès de migrants a également révélé un faible niveau de connaissance de l'hépatite, y compris une confusion entre les hépatites A, B et C, ou la croyance que A, B et C étaient des stades différents de la même maladie [ 19 ]. Des résultats similaires ont été trouvés dans la population générale en France en 2010 [ 20 ]. Une autre étude a révélé une confusion entre hépatite et jaunisse [ 21 ], et dans une autre étude, les migrants turcs aux Pays-Bas ne savaient pas que l'hépatite B pouvait être transmise sexuellement, ce qui pourrait expliquer le faible niveau de stigmatisation de cette maladie [ 22 ]. Le manque de connaissances sur l'hépatite est généralisé. Étant donné le fardeau de l'hépatite sur la santé de la population, davantage d'informations, d'éducation, de vaccination et de campagnes de tests de dépistage sont nécessaires.

Nous avons constaté que les participants estimaient que le contrôle médical à l'OFII était incomplet. Les migrants en Suède étaient également déçus que le dépistage se concentre sur les maladies infectieuses et néglige la santé mentale, ou que le dépistage n'ait été effectué qu'une seule fois [ 23 ]. Une autre étude en Suède a révélé que les migrants avaient une perception positive de l'examen de santé et des professionnels de la santé de confiance, mais a trouvé qu'il était trop restrictif, en particulier en termes de soins dentaires ou de santé mentale [ 11 ]. Récemment, le dépistage de la santé mentale a été ajouté à la visite médicale de l'OFII.

Dans l'étude STRADA, nous avons trouvé un haut niveau d'acceptabilité et d'intérêt pour les tests rapides. Les tests rapides peuvent profiter à ceux qui n'ont pas facilement accès au système de santé. Recevoir un résultat immédiat réduit le nombre de personnes qui ne reviennent jamais pour leurs résultats. Les tests rapides sont de plus en plus utilisés en France, principalement par les organisations communautaires qui effectuent le dépistage du VIH par les pairs. En France en 2014, 28% de toutes les personnes soumises à un test rapide de dépistage du VIH étaient des migrants [ 24 ]. Une étude menée auprès de la population générale en consultation avec leur médecin de famille en France a également révélé que les tests rapides étaient facilement acceptés [ 25 ].

Certaines participantes de l'échantillon ont été testées pour le VIH et l'hépatite sur la suggestion de leur médecin dans des situations où le dépistage est recommandé, comme la grossesse. En dehors de ces situations, le dépistage était rarement proposé par des médecins qui évaluaient à peine les facteurs de risque de transmission. Dans la majorité des cas, le dépistage a été initié par les migrants. Une étude sur les occasions manquées de dépistage a révélé une mauvaise évaluation des risques de transmission par les médecins et une crainte de stigmatiser les migrants lorsqu'ils proposent un dépistage du VIH [ 26 ]. Une autre étude qualitative, menée par notre équipe auprès des personnels de santé des centres OFII, a également fait état d'une crainte de stigmatiser les migrants comme obstacle à la mise en œuvre des tests [ 27 ]. Une étude menée auprès de médecins généralistes a également trouvé cette peur de la stigmatisation, ainsi qu'un risque de détérioration de la relation médecin-patient comme des barrières [ 28 ]. Les résultats de notre étude montrent que cette peur n'est pas fondée et que les migrants ne se sentent pas stigmatisés en proposant simplement un tel test.

Ces dernières années, le paradigme du dépistage du VIH a changé, passant du dépistage initié par le patient à un test initié par le prestataire [ 29 ]. Ce changement de paradigme garantit que les personnes qui ne se seraient pas présentées pour un test en raison d'obstacles, y compris un manque d'informations, ne pensent pas qu'elles sont à risque ou se sentent trop gênées pour demander un test. Les tests à l'initiative du fournisseur sont particulièrement appropriés pour les migrants, en particulier parce que l'une des raisons du diagnostic tardif est que les gens ne se considèrent pas à risque [ 30 ]. En effet, certaines études menées auprès de migrants suggèrent que le prestataire invitant à un test a facilité l'acceptation du test [ 21 ], en particulier lorsque certains migrants se sentaient mal à l'aise d'expliquer les raisons pour lesquelles ils voulaient un test [ 31 ] ou lorsqu'ils avaient pris l'initiative de se faire dépister, cela pouvait être considéré avec suspicion par d'autres personnes de la communauté [ 22 ]. Nos résultats suggèrent qu'il est crucial d'encourager davantage de prestataires de soins de santé à lancer l'offre de tests, validant ainsi la justification du projet STRADA.

L'étude STRADA comprend un questionnaire sur les facteurs de risque comprenant des questions liées à la sexualité et à l'usage de drogues. Ainsi, nous avons exploré l'acceptabilité de discuter de ces sujets avec des médecins. Les participants n'ont eu aucune difficulté à parler de drogue, mais il se peut que certains migrants en dehors de notre étude aient des réticences à discuter de la consommation de drogue. En ce qui concerne la sexualité, les participants ont déclaré que cela faisait partie des conseils médicaux de routine. Les jeunes hommes semblaient moins à l'aise pour discuter de sexualité. Les femmes semblent avoir plus d'occasions de discuter de la santé sexuelle avec leur médecin de famille, par le biais de la contraception ou de la grossesse. D'autres études ont trouvé des résultats similaires. Une étude suisse a révélé que 85% des participants ne seraient pas gênés si leur médecin posait des questions liées au sexe, et des 15% qui seraient gênés, 76% préféreraient néanmoins que leur médecin pose ces questions. Cela met en évidence l'écart entre les souhaits des patients et la pratique du médecin de discuter de la sexualité [32]. Une autre étude a trouvé 88% d'acceptabilité d'un questionnaire sur les facteurs de risque pour le VIH, le VHB et le VHC dans une pratique familiale. Le principal obstacle à la discussion sur la sexualité était lié aux médecins [ 33 ].

#### Forces et limites

Notre étude est la première à explorer l'acceptabilité des tests dans les centres OFII en France, car les études qualitatives ou quantitatives existantes ont exploré les barrières générales au dépistage du VIH et de l'hépatite chez les migrants. La principale force de notre étude est que nous avons inclus un éventail diversifié de participants. La diversité en termes d'âge, d'origine, de sexe et de niveau d'éducation a assuré une diversité de perspectives, soutenant la validité externe des résultats [ 34 ].

Pour améliorer la qualité de l'étude, l'équipe a apporté plusieurs révisions au guide d'entretien et les entretiens ont été codés par paires. Ensuite, le reste de l'équipe a examiné les codes et suggéré des modifications. Cette triangulation garantit que la subjectivité du codage est limitée et améliore la validité des résultats [ 10 ].

Il est possible que certains biais soient présents en fonction de notre méthode de recrutement. L'étude a été menée à la fois sur une base «opt-in» (les migrants intéressés par l'étude devaient se manifester) et sur une base «opt-out» (après le contrôle médical, les migrants étaient tous invités à participer à moins qu'ils ne soient pas intéressés), en fonction de la logistique du centre OFII. Le format opt-in aurait pu recruter plus de participants connaissant le VIH et l'hépatite. Peut-être que ces participants étaient plus à l'aise pour parler de sexualité et de maladies infectieuses, et peut-être plus intéressés par le dépistage de ces maladies que les autres migrants. Cependant, lors de nombreuses visites, un format opt-out nous a aidés à avoir une vision plus représentative des migrants subissant le contrôle médical.

Environ la moitié des participants étaient originaires d'Afrique subsaharienne, alors qu'ils ne représentaient que 16% de tous les migrants qui ont passé le contrôle médical à l'OFII en France en 2017 [ 35 ]. Cela peut être dû au fait qu'ils parlent plus souvent le français, par rapport aux autres migrants, ou parce qu'ils sont plus à l'aise pour parler du VIH. Une étude évaluant le dépistage volontaire du VIH parmi les migrants aux Pays-Bas a révélé que les migrants qui venaient d'un pays à forte prévalence du VIH étaient plus susceptibles d'accepter le dépistage [ 13 ]. Nous avons réalisé les entretiens en français, anglais et, pour un entretien, en arabe. Ainsi, notre étude n'est pas représentative de tous les migrants. Bien que nous aurions pu utiliser des interprètes, cette méthode aurait pu créer un autre biais: les participants pourraient avoir changé leurs réponses ou omis certains sujets. Sur les quatre entretiens réalisés dans des langues autres que le français, un (en arabe) a été traduit directement en français par l'enquêteur qui est de langue maternelle et les trois entretiens réalisés en anglais n'ont pas été traduits et ont été analysés comme tels par le chercheur qui avait un bon niveau d'anglais écrit. Malgré la maîtrise de l'équipe de recherche dans l'une ou l'autre de ces langues, il est possible qu'un certain niveau de biais ou d'interprétation demeure. Cependant, la réalisation d'entretiens dans différentes langues nous a permis d'augmenter la diversité des migrants inclus, et donc la validité des résultats, et d'inclure les migrants qui pourraient être moins susceptibles de demander ou de se voir proposer un test de dépistage du VIH, du VHB et du VHC. En effet, des études suggèrent que le manque de maîtrise des migrants dans la langue du pays d'origine est un obstacle au dépistage du VIH, du VHB et du VHC [36 - 41]. Par conséquent, il est probable qu'en ce qui concerne la validité des résultats, les avantages de mener des entretiens dans plusieurs langues ont dépassé les risques de biais. Cette barrière de la langue liée au dépistage sera explorée plus avant dans les futures études menées par l'équipe de recherche.

Notre équipe de recherche a reçu des commentaires selon lesquels les migrants ne peuvent pas exprimer librement leur opinion sur l'acceptabilité et qu'ils se sentent obligés d'accepter le dépistage. Notre étude visait à recueillir des informations importantes directement sur cette question en discutant directement avec les migrants. En effet, bien que subjectifs, les patients sont les meilleurs experts pour évaluer leur santé et l'impact d'un traitement sur leurs symptômes ou leur qualité de vie liée à la santé (par rapport à la propre subjectivité des médecins ou des experts). De même, les résultats rapportés par les patients (PRO) sont désormais des paramètres bien reconnus par les agences de réglementation médicale [ 42 , 43 ].

#### Implications politiques

Notre étude montre que les tests VIH et hépatite à l'OFII sont acceptables pour les migrants, à condition que certaines conditions soient remplies. Les points les plus importants sont que les migrants sont pleinement conscients que le test est volontaire et que les résultats du dépistage ne sont pas liés au permis de séjour. Fournir des informations claires et complètes aux migrants est essentiel. En reconnaissant que la littérature en santé peut être limitée chez les migrants, de meilleures méthodes et précautions peuvent être conçues pour maximiser l'efficacité et l'égalité du système de santé [ 44 ].

Nous avons constaté que certains des obstacles au dépistage à l'OFII (comme la peur de la stigmatisation ou les difficultés à discuter de la sexualité) sont davantage liés aux prestataires de soins de santé qu'aux aspects de la population migrante. Il est donc crucial, lorsque les prestataires de soins de santé sont conscients des obstacles liés aux tests rapides, de pouvoir conseiller efficacement leurs patients.

#### Conclusion

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité d'effectuer des tests volontaires de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les centres de l'OFII lors de la visite médicale. Nous avons trouvé un niveau élevé d'acceptabilité malgré certains obstacles qui peuvent être surmontés. Bien que des tests de dépistage des maladies infectieuses soient actuellement proposés à l'OFII lors de l'étude STRADA, leur acceptabilité devra être évaluée quantitativement dans les études futures. Malgré les recommandations des experts, les migrants ne sont pas systématiquement dépistés pour le VIH en France. Les autorités sanitaires devraient profiter des résultats de l'étude STRADA pour proposer des procédures de dépistage systématique. Ce serait une sage décision de santé publique pour le bien de cette population à risque de maladies infectieuses.

## Renseignements à l'appui

### **Annexe S1. Directives COREQ.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235260.s001>

(PDF)

## Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude, ainsi que le personnel médical et administratif des centres OFII pour avoir facilité cette étude. Nous remercions chaleureusement le Dr James W Griffith (<https://sites.northwestern.edu/griffithlab/>) pour son aide dans la traduction et la relecture de parties du manuscrit. Nous remercions également Thanh Le Luong de l'OFII pour son aide dans l'organisation des entretiens.

## Références

1. Meffre C, Strat YL, Delarocque - Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prévalence des infections à virus de l'hépatite B et de l'hépatite C en France en 2004: Les facteurs sociaux sont des prédicteurs importants après ajustement pour les facteurs de risque connus. *Journal de virologie médicale*. 82 (4): 546 à 55. pmid: 20166185  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
2. Hachfeld A, Ledergerber B, Darling K, Weber R, Calmy A, Battegay M, et al. Raisons de la présentation tardive aux soins du VIH en Suisse. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18: 20317. pmid: 26584954  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
3. Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH: données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004. *BEH [Internet]*. 2006; Disponible sur: [invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/31/beh\\_31\\_2006.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/31/beh_31_2006.pdf)  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
4. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Activité sexuelle sans préservatif et risque de transmission du VIH chez les couples sérodifférents lorsque le partenaire séropositif utilise une thérapie antirétrovirale suppressive. *JAMA*. 12 juill 2016; 316 (2): 171-81. pmid: 27404185  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
5. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risque de transmission du VIH par rapports sexuels sans préservatif chez des couples homosexuels sérodifférents avec le partenaire séropositif sous traitement antirétroviral suppressif (PARTNER): résultats finaux d'une étude multicentrique, prospective et observationnelle. *The Lancet [Internet]*. 2 mai 2019 [cité 6 mai 2019]; 0 (0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30418-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30418-0/abstract)  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
6. 90-90-90- Sur la bonne voie vers la cible mondiale [Internet]. ONUSIDA; 2016 [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/IAS2016/90\\_90\\_90\\_Progress\\_ReportFINAL.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/IAS2016/90_90_90_Progress_ReportFINAL.pdf)
- sept. Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées du Loû A, Groupe d'étude PARCOURS. Quand et pourquoi? Moment de l'acquisition du VIH après la migration chez les migrants subsahariens en France. *Sex Transm Infect*. 26 juill 2019;  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
8. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france)
9. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hépatite-b](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hépatite-b)
- dix. Burnard P. Une méthode d'analyse des transcriptions d'entrevue dans la recherche qualitative. *Infirmière Educ aujourd'hui*. déc 1991; 11 (6): 461-6.  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Critères consolidés pour le rapport de la recherche qualitative (COREQ): une liste de contrôle en 32 points pour les entretiens et les groupes de discussion. *Int J Qual Health Care*. déc 2007; 19 (6): 349-57. pmid: 17872937  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
12. Morisset L, Leprêtre A, Neveux C, Bernard C, Bonvarlet A, Gruat N, et al. Dépistage du VIH par TROD dans un foyer de migrants du val d'Oise [Internet]. Affiche présentée à: XIVe Congrès National de la SFLS; 2013 25/10. Disponible sur: <https://www.corevih-idfnord.fr/documents/posters/Poster-TROD-public-migrant-SFLS-2013-ESCALE.pdf>
13. Bil JP, Schrooders PA, Prins M, Kouw PM, Klomp JH, Scholing M, et al. Intégration du dépistage de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH dans le dépistage de la tuberculose à l'entrée des migrants aux Pays-Bas, 2013 à 2015. *Euro Surveill*. mars 2018; 23 (11).  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)

14. Ackermann N, Marosevic D, Hörmansdorfer S, Eberle U, Rieder G, Treis B, et al. Dépistage des maladies infectieuses chez les demandeurs d'asile nouvellement arrivés, Bavière, Allemagne, 2015. *Euro Surveill.* 2018; 23 (10).  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
15. Blondell SJ, Kitter B, député de Griffin, Durham J. Barrières et facilitateurs au dépistage du VIH chez les migrants dans les pays à revenu élevé: une revue systématique. *Comportement du SIDA.* nov 2015; 19 (11): 2012-24. pmid: 26025193  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
16. Lydié N, Beltzer N, Féniès K, Halfen S, Lert F, Le Vu S. Les populations africaines d'Ile de France face au VIH / SIDA: connaissances, attitudes, croyance et comportements. INPES. Vol. *Etudes Santé.* Saint Denis; 2007.
17. Limoui F, Lydié N. Recours au dépistage du VIH: des leviers bien identifiés mais encore des opportunités à créer. In: *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France.* La Découverte. Paris; 2017. (Recherches).
18. CD Spinner, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink HJ, Rockstroh JK, et al. Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP): un examen des connaissances actuelles sur la PrEP VIH systémique orale chez l'homme. *Infection.* avr 2016; 44 (2): 151-8. pmid: 26471511  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
19. Owiti JA, Greenhalgh T, Sweeney L, Foster GR, Bhui KS. Perceptions de la maladie et modèles explicatifs de l'hépatite virale B et C chez les immigrants et les réfugiés: une revue systématique narrative. *Santé publique BMC.* 15 févr.2015; 15: 151. pmid: 25886390  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
20. Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N, et al. Connaissances, perceptions et pratiques de l'hépatite B dans la population générale française: la marge de progression. *Santé publique BMC.* 13 juin 2013; 13: 576. pmid: 23764171  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
21. Cochrane A, Collins P, Horwood JP. Obstacles et opportunités pour le dépistage de l'hépatite B et la recherche des contacts dans une population somalienne au Royaume-Uni: une étude qualitative. *Eur J Santé publique.* juin 2016; 26 (3): 389-95. pmid: 26896472  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
22. van der Veen YJ, de Zwart O, Voeten HA, Mackenbach JP, Richardus JH. Dépistage de l'hépatite B dans la population turco-néerlandaise à Rotterdam, aux Pays-Bas; évaluation qualitative des déterminants socioculturels. *Santé publique BMC.* 9 sept 2009; 9: 328. pmid: 19740421  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
23. Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. Perspectives et expériences de nouveaux migrants sur le dépistage de la santé en Suède. *BMC Health Serv Res.* 15 janv 2016; 16: 14. pmid: 26772613  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
24. Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2015; 2015 (40-41): 772-8.  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
25. Gauthier R, Livrozet JM, PrevotEAU du Clary F, Taulera O, Bouée S, Aubert JP, et al. Faisabilité et acceptabilité du dépistage rapide du VIH (DEPIVIH) par les médecins de famille français. *Med Mal Infect.* nov 2012; 42 (11): 553-60. pmid: 23026269  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
26. Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, et al. ANRS-COMTEST: description d'une intervention de dépistage du VIH à base communautaire en milieu non médical pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. *BMJ Open.* 2012; 2 (2): e000693. pmid: 22466158  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
27. Ben Nasr I. Acceptabilité et Faisabilité d'un dépistage conjoint du VIH VHB et VHC lors de la visite médicale à l'OFII (STRADA): étude qualitative auprès des soignants. [Thèse de médecine générale]. [Faculté de Médecine]: Université Paris Diderot; 2018.
28. Loos J, Manirankunda L, Hendrickx K, Remmen R, Nöstlinger C. Test du VIH dans les soins primaires: faisabilité et acceptabilité du dépistage du VIH et du conseil initiés par le prestataire pour les migrants d'Afrique subsaharienne. *AIDS Educ Prev.* févr 2014; 26 (1): 81-93.  
[Voir l'article](#) • [Google Scholar](#)
29. OMS / ONUSIDA. Conseils sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative des prestataires dans les établissements de santé [Internet]. Genève: OMS; 2007. Disponible sur: <https://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>
30. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. Conseil et dépistage du VIH pour les populations migrantes vivant dans les pays à revenu élevé: une revue systématique. *Eur J Santé publique.* déc 2013; 23 (6): 1039-45. pmid: 23002238  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
31. Navaza B, Abarca B, Bisoffi F, Pool R, Roura M. Dépistage du VIH à l'initiative du fournisseur pour les migrants en Espagne: une étude qualitative avec des travailleurs de la santé et des minorités sexuelles nées à l'étranger. *PLoS ONE.* 2016; 11 (2): e0150223. pmid: 26914023  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
32. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Parler de sexualité avec le médecin: les patients reçoivent-ils ce qu'ils souhaitent? *Swiss Med Wkly.* 8 mars 2011; 141: w13178. pmid: 21384286  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)

33. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholm C, Barger D, Yazdanpanah Y, Aubert JP. L'acceptabilité et l'efficacité d'un questionnaire pour l'identification des facteurs de risque du VIH et des hépatites B et C: une étude observationnelle en médecine générale. *Eur J Gen Pract.* déc 2018; 24 (1): 60-7. pmid: 29172800  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
34. Polit DF, Beck CT. Généralisation en recherche quantitative et qualitative: mythes et stratégies. *Journal international d'études infirmières.* 1er novembre 2010; 47 (11): 1451-8. pmid: 20598692  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
35. OFII. OFII- Rapport d'activité 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/qui-sommes-nous/rapports-d-activite>
36. Deering KN, Montaner JS, Chettiar J, Jia J, Ogilvie G, Buchner C, et al. Succès et lacunes dans l'adoption du dépistage du VIH régulier et volontaire pour les travailleuses du sexe cachées dans la rue et hors de la rue à Vancouver, Canada. *Soins du SIDA.* 2015; 27 (4): 499-506. pmid: 25428563  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
37. Socias ME, Shannon K, Montaner JS, Guillemi S, Dobrer S, Nguyen P, et al. Lacunes dans le continuum de soins de l'hépatite C chez les travailleuses du sexe à Vancouver, Colombie-Britannique: implications pour le dépistage, le traitement et les soins volontaires du virus de l'hépatite C. *Can J Gastroenterol Hepatol.* déc 2015; 29 (8): 411-6. pmid: 26492129  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
38. Shangase P, Egbe CO. Obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les communautés d'Afrique noire du Cambridgeshire, Royaume-Uni. *J Santé communautaire.* févr 2015; 40 (1): 20-6. pmid: 24878614  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
39. Guirgis M, Nusair F, Bu YM, Yan K, Zekry AT. Obstacles rencontrés par les migrants pour accéder aux soins de santé pour une hépatite virale. *Intern Med J.* mai 2012; 42 (5): 491-6. pmid: 22151101  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
40. Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, Nöstlinger C. «Ce n'est pas facile»: défis pour le dépistage et le conseil du VIH à l'initiative des prestataires en Flandre, Belgique. *AIDS Educ Prev.* oct.2012; 24 (5): 456-68. pmid: 23016506  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
41. Guirgis M, Yan K, Bu YM, Zekry A. Connaissances des médecins généralistes et prise en charge de l'hépatite virale dans la population migrante. *Intern Med J.* mai 2012; 42 (5): 497-504. pmid: 21299780  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)
42. Chassany O. Qualité de vie liée à la santé: pourquoi sa mesure est aujourd'hui incontournable. Dans: *Qualité de vie liée à la santé et résultats rapportés par les patients: critères de résultats scientifiques et utiles.* Springer Verlag. Paris; 2002. p. 3-19.
43. Département américain de la santé et des services sociaux Centre de la FDA pour l'évaluation et la recherche des médicaments. Projet de lignes directrices pour l'industrie: Mesures des résultats déclarés par les patients: utilisation dans le développement de produits médicaux pour étayer les allégations d'étiquetage [Internet]. 2009 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-reported-outcome-measures-use-medical-product-development-support-labeling-claims>
44. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Littératie en santé, inégalités en matière de santé et système de santé juste. *Suis J Bioeth.* nov 2007; 7 (11): 5-10. pmid: 18027287  
[Voir l'article](#) • [PubMed / NCBI](#) • [Google Scholar](#)