

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

Année 2014

n°

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

NOM : TRAORE Prénom : Fatoumata
Née le 16 février 1983 à Paris 18

Présentée et soutenue publiquement le : 08 juillet 2014

**Dépistage de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique
subsaharienne et d'Asie : étude qualitative sur les freins des méde-
cins généralistes.**

Président de thèse : Professeur **BOUVET Elisabeth**

Directeur de thèse : Docteur **CATRICE Maxime**

Docteur **BAUMANN Laurence**

DES Médecine générale

REMERCIEMENTS

Avant d'en venir aux remerciements, je repense au chemin parcouru pour en arriver là.

Toutes ces années d'études, la persévérance et la détermination qui m'ont permis d'atteindre mon objectif.

C'est grâce au soutien indéfectible de mes parents que je suis devenue qui je suis. En l'occurrence grâce à mon père. Il a toujours cru en moi, m'a conseillée, m'a soutenue pour qu'enfin je devienne MEDECIN !

Et voilà le jour J : la soutenance de ma thèse de médecine générale, la clé pour exercer mon métier.

Je remercie :

Tout d'abord, Professeur BOUVET Elisabeth pour avoir accepté de présider ma thèse.

Mes directeurs de thèse : Docteur CATRICE Maxime et Docteur BAUMANN Laurence pour m'avoir accompagnée tout au long de ma thèse. Merci pour vos remarques, vos relectures et vos encouragements.

Et les autres membres du jury : Professeur CULINE et Professeur ORCEL pour la lecture et le jugement de mon travail.

Ensuite, ma famille !

Mes frères et sœurs Tamba, Baya, Mahamadou, Mahawa. Massouko, merci pour la relecture, et Nouhoum pour tes graphiques.

Mes parents : Maman, tu as toujours pris soin de tes enfants. Papa, tu t'es toujours préoccupé de notre avenir. Tu étais même le plus stressé de nous deux pour l'obtention de mon diplôme.

Mon oncle : Paifa.

Je n'oublie pas mes amis : Kim, Paula, Dan, Imen, Leila, Basma et Corina. Merci pour vos encouragements et vos soutiens.

Enfin mon homme Issiaka Bamba qui m'a fait et me fait confiance, m'a encouragée pour concrétiser toutes ces années d'études.

ABREVIATIONS

Ac Anti HBc: Anticorps anti-protéine “core”

Ac Anti HBe: Anticorps anti-protéine “precore”

Ac Anti HBs : Anticorps anti-protéine de surface

Ag HBe : protéine « precore »

Ag HBs : Antigène de surface

ACS : Aide à la complémentaire santé

AME : Aide Médicale d’État

ANAES : Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

CAARUD : Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCR : cancer colorectal

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHC : Carcinome hépatocellulaire

CMU : couverture maladie universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

Comede : Comité médical pour les exilés

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins et d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

FDR : facteur de risque

HAS : haute autorité de santé

HCI : Haut Conseil à l'Intégration

HCSP : Haut conseil de santé publique

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la santé

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC: Virus de l'Hépatite C

VHD: Virus de l'Hépatite Delta

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	4
TABLE DES MATIERES	6
1-INTRODUCTION	8
A-CONTEXTE DE L’HEPATITE B ET EPIDEMIOLOGIE	10
<i>A-1 Evolution naturelle de l'infection par le VHB</i>	<i>10</i>
A-1-1 Hépatite B aiguë.....	10
A-1-2 Hépatite B chronique	10
A-1-3 Cirrhose hépatique	11
A-1-4 Le carcinome hépatocellulaire	11
<i>A-2 Les modes de transmission du VHB</i>	<i>12</i>
B- EPIDEMIOLOGIE	13
<i>B-1 Situation mondiale</i>	<i>13</i>
<i>B-2 Situation en France</i>	<i>15</i>
B-2.1. Prévalence	15
B-2.2. Incidence	16
B-2-3 Mortalité	17
B-2-4 Coïnfections VIH-VHB.....	17
C- LE DEPISTAGE DE L’HEPATITE B	18
<i>C-1 Objectifs du dépistage de l’hépatite B</i>	<i>18</i>
<i>C-2 Recommandations pour le dépistage</i>	<i>18</i>
<i>C-3. Le dépistage de l’hépatite B chez le migrant</i>	<i>19</i>
<i>C-4 Les acteurs du dépistage</i>	<i>20</i>
<i>C-5 Les stratégies de dépistage sérologique</i>	<i>20</i>
D- LE MIGRANT	23
<i>D-1 Définition</i>	<i>23</i>
<i>D-2 Données démographiques</i>	<i>23</i>
<i>D-3 La santé des migrants</i>	<i>24</i>
D-3.1. Couverture de soins	24
D-3.2 L'accès aux soins	24
D-3.3 Le refus des soins	25
D-3.4 Les pathologies spécifiques des migrants.....	25
<i>D-4 Hépatite B chez les migrants originaires de pays de forte endémie</i>	<i>26</i>
II. L’ETUDE	27
A. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L’ETUDE	27
B. METHODE	29
<i>B-1 Caractéristiques de l’étude</i>	<i>29</i>
B-1.1 Choix d’une méthode qualitative	29
B-1.2 L’entretien individuel semi-dirigé	30
B-1.3. Le guide d'entretien.....	30
<i>B-2 La population</i>	<i>31</i>
<i>B-3. Le recueil des données</i>	<i>32</i>
<i>B-4. Analyse des données ou codage</i>	<i>32</i>
III. RESULTATS	34
A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ET DES ENTRETIENS	34
<i>A-1. Le profil des médecins</i>	<i>34</i>
<i>A-2 Les entretiens</i>	<i>35</i>
B. LES THEMES RETENUS	35
<i>B-1. Définition du migrant</i>	<i>36</i>
<i>B-2- Les spécificités du migrant</i>	<i>38</i>
<i>B-3- la perception de l’hépatite B par le médecin</i>	<i>39</i>
<i>B-4- connaissance des médecins sur les FDR et les zones de forte endémie</i>	<i>41</i>
<i>B-5- Le dépistage de l’hépatite B</i>	<i>44</i>
<i>B-6-Les obstacles au dépistage du migrant</i>	<i>47</i>
<i>B-7- Les causes évoquées du sous-dépistage</i>	<i>49</i>
<i>B-8- Les pistes avancées par les médecins pour une amélioration du dépistage</i>	<i>52</i>
IV- DISCUSSION	55

A. LES ANALYSES DES RESULTATS	55
A.1 Profil des médecins généralistes interrogés	55
A.2 Représentation de l'hépatite B chez le migrant par les médecins généralistes	57
A.3 Un dépistage encore peu inscrit dans la pratique du généraliste	57
A.3.1. Les obstacles.....	57
A.3.2. Un dépistage peu ciblé sur le pays de naissance.	59
A.3.3. Le dépistage est-il un préalable à la vaccination ?.....	60
A.4. Le choix du test de dépistage.....	60
A.5. Quelles solutions pour l'avenir ?.....	61
A.5.1. Informer et former les médecins généralistes.....	61
A.5.2. Déléguer à des organismes spécifiques.....	61
A.5.3. Diffusion grand public des informations sur l'hépatite B par les médias	62
A.5.4. Une rémunération spécifique.....	62
A.5.5. Préciser le rôle de prévention du médecin.....	63
A.6. Perspectives pour l'amélioration de la prévention en général dans la pratique des médecins généra- listes.	63
B. LA METHODE	66
B.1 Les forces	66
B.2 Les limites	67
V. CONCLUSION.....	68
ANNEXES	70
ANNEXE 1 : Score METAVIR.....	70
ANNEXE 2 Chronologie de l'évolution de la politique vaccinale en France	71
ANNEXE 3 : Expositions à risque d'infection virale B	72
ANNEXE 4 : Recours aux soins.....	73
ANNEXE 5 Répartition des immigrés.....	74
ANNEXE 6 : Taux de prévalence des maladies infectieuses par région	76
ANNEXE 7 : Le guide d'entretien	77
ANNEXE 8 : Caractéristiques des médecins	78
ANNEXE 9. Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de leur pratique déclarée	80
TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	85
SUMMARY	88

1-INTRODUCTION

Le virus de l'hépatite B (VHB) est très répandu dans le monde : 350 millions d'individus sont porteurs chroniques avec 1 million de décès par an liés aux complications telles la cirrhose hépatique ou le carcinome hépatocellulaire. L'hépatite B est la 10ème cause de mortalité dans le monde et une des trois premières causes de décès en Afrique et en Asie (1).

Dans la population française, 280 821 personnes sont porteuses de l'antigène HBs en 2004, soit une prévalence de 0.65% avec une prévalence plus élevée à 4% chez les personnes originaires d'un pays de forte endémie (Afrique subsaharienne 5.25 % et Asie 0.92%). Seuls 44.8% des patients porteurs chroniques connaissent leur statut sérologique (2). La prévalence de l'Ag HBs est encore plus élevée à 9.1% dans la récente étude PREVAC B2, intégrant les patients bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'état (AME). Elle est de 9.6% chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne et de 4.3% chez ceux originaires d'Asie (3).

L'hépatite B est une pathologie évitable par la prévention et la vaccination, d'où une politique active de lutte contre les hépatites virales B et C menée en France. Le troisième Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) inscrit les médecins généralistes comme des parties prenantes très actives à l'amélioration du dépistage de l'hépatite B. Ainsi met-t-il l'accent sur le dépistage du migrant originaire des zones de forte endémie considéré comme un facteur de risque (FDR) majeur (4).

Le fait d'être né dans un pays de forte endémie est un FDR majeur d'hépatite B chronique. En 2008, 80% des patients infectés chroniques par le VHB et nouvellement diagnostiqués étaient nés en zone de forte ou moyenne endémie. Pourtant le pays de naissance n'est quasiment pas

recherché dans les facteurs de risque d'hépatite virale en consultation générale, d'où un dépistage faible chez le migrant (5). Seulement 15 % des personnes originaires des pays de forte endémie vivant en France déclarent avoir déjà effectué un dépistage du VHB (6). Compte tenu de ces résultats, la proposition du dépistage d'emblée est justifiée pour tous les migrants au vu de la fréquence et de la gravité potentielle du VHB.

Quant aux pratiques de dépistage des hépatites virales B déclarées par les médecins généralistes en 2009, elles correspondent aux recommandations pour certaines expositions à risque telle que la toxicomanie où ils le proposent de manière systématique dans 73,1 % des cas. En revanche, le dépistage pourrait être amélioré pour les personnes originaires d'un pays d'endémie forte: seuls 38,6 % des médecins le leur proposent systématiquement (7).

Une politique ambitieuse de dépistage de l'hépatite B ciblé sur le migrant originaire d'un pays de forte endémie passe donc par une forte sensibilisation des médecins généralistes.

L'objectif principal de l'étude est de répondre à la question suivante : existe-t-il des freins au dépistage de l'hépatite B chez les migrants par les médecins généralistes ? Sont-ils propres aux médecins généralistes ? Sont-ils liés aux caractéristiques des migrants ?

A-CONTEXTE DE L'HEPATITE B ET EPIDEMIOLOGIE

A-1 Evolution naturelle de l'infection par le VHB

L'hépatite B est le plus souvent asymptomatique au stade aigu comme au stade chronique jusqu'à la survenue des complications comme la cirrhose hépatique et le cancer.

A-1-1 Hépatite B aiguë

L'hépatite B aiguë survient après une incubation de 1 à 3 mois. On observe le plus souvent une forme asymptomatique (90% des cas).

L'hépatite B fulminante est rare (1 % des hépatites aiguës B symptomatiques) et est le plus souvent associée à une coïnfection par le virus de l'hépatite Delta (VHD). Son taux de mortalité est d'environ 80% en l'absence de transplantation hépatique (8).

A-1-2 Hépatite B chronique

L'âge au moment de l'infection par le VHB et l'état immunitaire du sujet déterminent le passage à la chronicité: 70 à 90% des nouveau-nés de mères infectées par le VHB en l'absence de sérovaccination néonatale ; 20 à 30% des enfants infectés avant l'âge de 5 ans et 5 à 10% des adultes de moins de 50 ans développeront une hépatite B chronique. De même que 30 à 100 % des adultes de plus de 50 ans immunodéprimés seront porteurs chroniques contre 30% chez l'immunocompétent (9).

Entre 8 à 20 % des porteurs chroniques développeront une cirrhose du foie à 5 ans avec une

probabilité de 2% par an de survenue d'hépatocarcinome chez ces patients (1).

A-1-3 Cirrhose hépatique

La cirrhose hépatique complique l'hépatite B chronique avec une incidence annuelle de 2 à 10% ; celle-ci survient 20 à 30 ans après le contage.

Les facteurs de risque de survenue de cirrhose sont les suivants (10): le stade de fibrose et l'activité histologique initiale déterminés par le score METAVIR (annexe 1) ; la survenue d'épisodes de réactivation favorisée par l'immunodépression ; une multiplication virale persistante ; un âge avancé supérieur à 50 ans ; une prédominance masculine ; la surinfection par le virus de l'hépatite D, de l'hépatite C ou par le VIH (risque relatif multiplié par 4) ; une intoxication alcoolique (risque relatif multiplié par 6)

A-1-4 Le carcinome hépatocellulaire

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la principale tumeur primitive et maligne du foie, se développant dans plus de 90% des cas sur un foie cirrhotique. Son pronostic est péjoratif (en l'absence de dépistage et/ou traitement) avec une médiane de survie inférieure à un an surtout parce que le diagnostic est le plus souvent fait tardivement.

En France, son étiologie est principalement alcoolique puis virale VHC (80% des cirrhoses virales contre 18.6% pour le VHB) alors qu'elle est surtout virale (VHB) en Afrique et en Asie (1).

A-2 Les modes de transmission du VHB

Le virus de l'hépatite B est transmis par contact avec les liquides biologiques d'une personne infectée. Il se transmet très facilement par voie sanguine (10^8 à 10^9 virions par ml) et sexuelle (10^6 à 10^7 virions par ml dans le sperme et les sécrétions vaginales; 10^5 à 10^7 virions par ml dans la salive), ce qui classe l'hépatite B parmi les infections sexuellement transmissibles.

Sa contagiosité est 100 fois plus élevée que celle du VIH (1).

Il existe 4 principaux modes de transmission : la transmission verticale mère-enfant, la transmission horizontale, la transmission sexuelle et la transmission percutanée.

Concernant la transmission de la mère infectée par le VHB au nouveau-né lors de l'accouchement par voie basse: son taux est faible (5%) depuis l'instauration du traitement préventif du nouveau-né en France dès les premières 24 heures de vie, par injection d'immunoglobuline et une 1ère dose de vaccin. (13)

Quant à la transmission horizontale (notamment d'enfant à enfant et intrafamiliale), elle est liée à des plaies ou excoriations cutanées et à un contact répété direct avec les liquides biologiques d'une personne infectée ou encore par l'intermédiaire d'objets personnels partagés (brosse à dent, rasoir, coupe-ongle) (14).

La relation sexuelle avec des comportements à risques: multi partenariat, homosexualité masculine, relation non protégée.

La transmission percutanée: les actes médicaux non sécurisés (transfusion sanguine, actes invasifs et hémodialyse avant la réglementation de 1992 ou les soins dans un pays de forte ou moyenne endémie) ; les risques d'exposition chez les professionnels de santé non vaccinés; l'usage de drogues par voie intraveineuse et per-nasale ; les actes avec effraction cutanée: tatouage ou piercing (15).

B- EPIDEMIOLOGIE

B-1 Situation mondiale

2 milliard d'individus ont été au contact avec le virus de l'hépatite B à un moment de leur vie. 350 millions de personnes sont porteurs chroniques, ce qui constitue un important réservoir du VHB (16). Le carcinome hépatocellulaire est le 5ème cancer le plus fréquent dans le monde, avec une imputabilité du VHB dans 50 % des cas. La plupart des CHC surviennent en Afrique et en Asie où il existe une forte endémie de l'hépatite B.

On distingue trois situations épidémiologiques évaluées par le taux de portage chronique de l'Ag HBs et correspondant à des modes de transmission et des niveaux de risques différents (1).

Dans les zones de forte endémie, la prévalence de l'Ag HBs est supérieure à 8% avec un risque d'infection par le VHB supérieur à 60%. Ces zones représentent 45% de la population mondiale (Afrique subsaharienne, Asie du Sud-est, Chine méridionale, bassin amazonien). Le plus souvent, il s'agit de transmission mère-enfant ou transmission horizontale intrafamiliale.

Dans les zones de moyenne endémie, la prévalence est comprise entre 2 et 7 % avec un risque d'infection compris entre 20 et 60%. Ces zones représentent 43% de la population mondiale (les départements français d'Outre-mer, le Proche-Orient, l'Amérique Centrale et du Sud, l'Asie Centrale, le sous-continent indien, certains pays de l'Europe de l'Est et du Sud). On y observe tous les modes de transmission.

Dans les zones de faible endémie, la prévalence est inférieure à 2% avec un risque d'infection inférieur à 20%, en particulier en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest et du Nord (dont la France hexagonale) et dans le Pacifique (Australie, Japon) ; soit 12 % de la population mondiale.

La contamination survient surtout à l'âge adulte par transmission sexuelle.

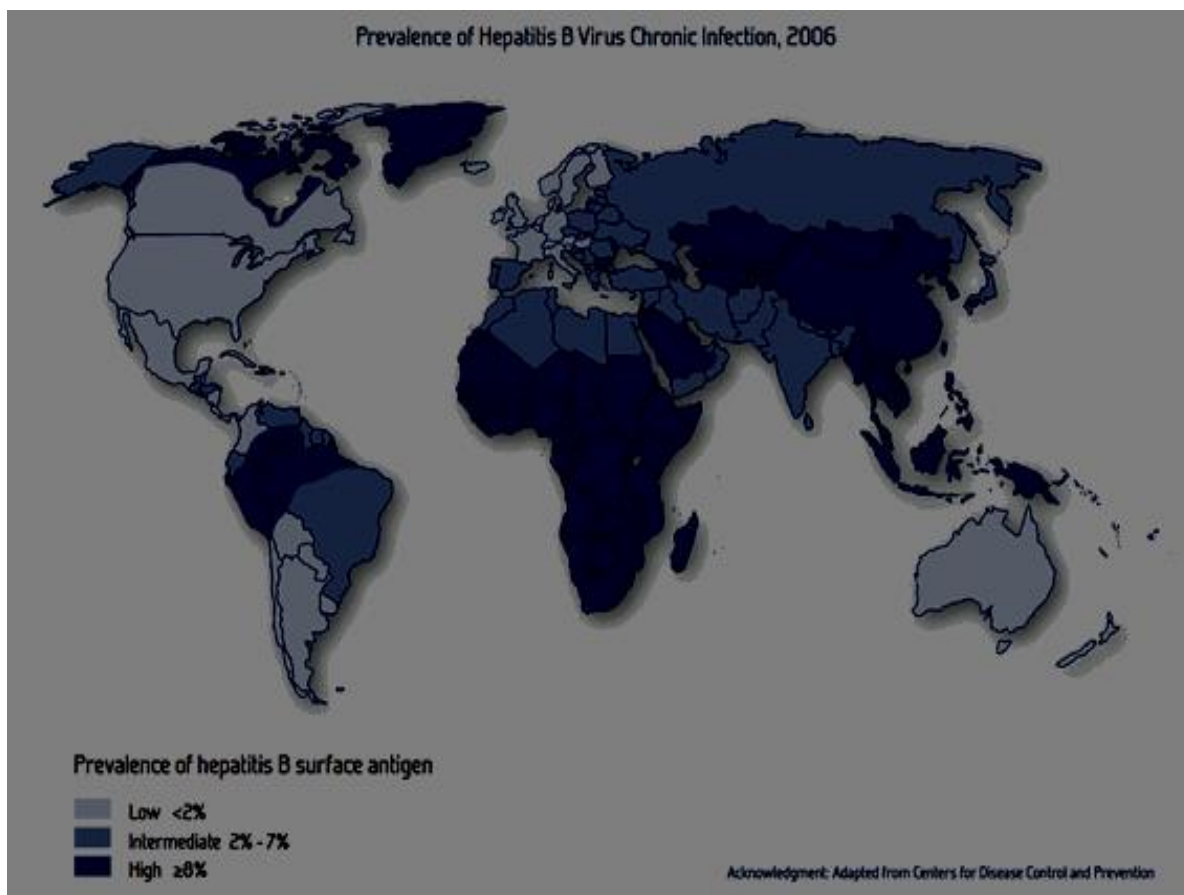


Figure 1 : Prévalence des Ag Hbs dans le monde en 2006.

B-2 Situation en France

La France est un pays de faible endémie pour le VHB.

En 2004, une enquête épidémiologique est menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) auprès de 14 416 assurés sociaux du régime général de la Sécurité Sociale, âgés de 18 à 80 ans (2).

B-2.1. Prévalence

La prévalence de l'Ag HBs a été estimée à 0.65% soit 280 821 personnes dont seules 44.8% connaissent leur statut sérologique. La prévalence est plus élevée chez les hommes que les femmes (1.1% vs 0.2%), chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU c) que les non bénéficiaires (1.8% vs 0.6%) ; chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (5.3%) ou en Asie (0.92%) que celles nées en France métropolitaine (0.55%). On constate également que la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-34 ans (1.5%).

La prévalence des Ac anti-HBc est estimée à 7.3% soit 3.1 millions de personnes ayant été en contact avec le virus de l'hépatite B, guéries ou non. Les facteurs significativement associés à la présence d'Ac anti-HBc sont les suivants (17) :

- Le fait d'être né dans un pays de moyenne ou forte endémie
- L'usage de drogue par voie intraveineuse
- L'homosexualité
- Un niveau d'étude inférieur au baccalauréat

- Des antécédents de séjour de plus de trois mois dans une institution sanitaire, sociale ou psychiatrique
- Être bénéficiaire de la CMUc (17.5% vs 6.7%), critère de précarité sociale
- Résider dans le quart Nord-est, Sud- Est ou l'Île- de- France
- Le sexe masculin (8.3% vs 6,3%)
- Être âgé de plus de 40 ans

B.2.2. Incidence

L'incidence permet d'évaluer la circulation virale dans la population. Elle reste toutefois difficile à estimer car l'infection est le plus souvent asymptomatique. On se base alors sur l'hépatite B aigue symptomatique à déclaration obligatoire (mise en place en 2003) auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) mais il existe une sous-déclaration importante (taux de sous déclaration estimé à 75% en 2005).

L'enquête LaboHep a estimé l'incidence de l'hépatite B aigue symptomatique pour l'année 2010 entre 1,6 et 2,5 pour 100 000 habitants, soit une incidence plutôt faible (18).

Le mode de contamination le plus fréquent reste l'exposition sexuelle. Les expositions à risque des personnes nouvellement infectées par le VHB sont figurées en annexe 2.

B-2-3 Mortalité

La mortalité liée à l'hépatite B dans la population générale française a été étudiée sur les certificats de décès en 2001 ; le nombre annuel de décès associés au VHB était de 1 507 dont 1 327 décès imputables au VHB. 93% des personnes décédées, infectées par le VHB, avaient une cirrhose et 35% un carcinome hépatocellulaire (19).

B-2-4 Coïnfections VIH-VHB

En 2004, sur les 1 849 patients séropositifs pour le VIH consultés en établissement de soins de court séjour en France (enquête transversale un jour donné), la prévalence de l'Ag HBs a été estimée à 7% (20-21).

L'infection par le VIH aggrave l'histoire naturelle et le pronostic de l'hépatite B. La coïnfection par le VIH augmente le passage à la chronicité de l'hépatite aigue B par l'augmentation de la réplication virale B. On observe également une accélération de la vitesse de progression de la fibrose, le développement de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire. Les séroconversions HBs spontanées sont diminuées.

C- LE DEPISTAGE DE L'HEPATITE B

C-1 Objectifs du dépistage de l'hépatite B

L'objectif du dépistage de l'hépatite B est double : il s'agit de réduire d'une part sa morbi-mortalité et d'autre part son incidence ; de trois façons.

- Porter un diagnostic précoce d'infection virale chronique pour éviter les complications de cirrhose hépatique ou de carcinome hépatocellulaire. Cela permet de conduire à un programme de surveillance et éventuellement de traitement.
- Réduire la transmission du virus en identifiant tôt les personnes porteuses d'une infection active pour proposer des conseils de prévention à l'entourage.
- Recommander des conseils de prévention et une vaccination aux sujets à risque n'ayant jamais eu de contact avec le VHB (22).

C-2 Recommandations pour le dépistage

Le dépistage de l'hépatite B consiste à dépister les porteurs chroniques et les sujets réceptifs.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande fortement de dépister toute personne avec un facteur de risque :

- les migrants originaires de zone de moyenne (Europe de l'Est, Afrique du Nord, Grèce, Japon) et forte endémie (Afrique subsaharienne, Asie du Sud Est),
- séjour en pays d'endémie moyenne et forte,

- les personnes à comportement sexuel à risque: partenaires multiples, relations sexuelles non protégées, homosexualité masculine,
- les usagers de drogue par voie intraveineuse,
- précarité sociale dont la CMUc est un marqueur (non indépendant)
- tatouage, piercing
- l'accident d'exposition au sang chez les professionnels de santé.

C.3. Le dépistage de l'hépatite B chez le migrant

La prévalence de l'Ag HBs est de 5.25% pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et de 0.92% pour celles originaires d'Asie ; contre 0.65% dans la population générale (2). Un des axes d'orientation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 concerne l'amélioration de l'accès au dépistage de ces populations migrantes.

Seules 15% des personnes originaires des pays de forte endémie vivant en France déclarent avoir déjà effectué un dépistage du VHB (6).

En 2008, moins d'un patient sur 5 né en zone d'endémie forte au VHB a été dépisté sur ce facteur de risque. Pour 60% des personnes ayant ce FDR, l'hépatite B chronique est découverte fortuitement lors d'un bilan de santé (5).

C-4 Les acteurs du dépistage

Le médecin généraliste est un des acteurs clés du dépistage de l'hépatite B; il est souvent le premier interlocuteur du patient. Pour autant, les facteurs de risques de transmission de l'hépatite B sont peu recherchés lors des consultations, ce qui conduit à un faible dépistage.

Les autres acteurs du dépistage de l'hépatite B sont les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CDAG sont destinés à faciliter l'accès pour tous au dépistage, de façon anonyme, confidentielle et gratuite dans le cadre d'une démarche volontaire.

Les CAARUD ont notamment une mission d'aide aux usagers de drogue dans l'accès aux soins en proposant le dépistage des infections transmissibles.

Quant aux CSAPA, ils proposent également depuis 2008 un dépistage gratuit de l'hépatite B.

C-5 Les stratégies de dépistage sérologique

Toutes les données des CDAG et du réseau Rena VHB montrent une augmentation du nombre de tests de dépistage pratiqués chaque année (3.4 millions de tests réalisés en 2010) et une diminution de la part des tests positifs (0.68%).

Trois marqueurs sérologiques sont utiles au dépistage et au diagnostic :

- l'antigène HBs, témoin d'une infection en cours. On parle d'hépatite B chronique lorsqu'il existe 2 prélèvements positifs à 6 mois d'intervalle.

- l'anticorps anti HBs, témoin d'une immunisation contre le VHB (après une vaccination ou par une infection ancienne)
- l'anticorps anti HBc, témoin d'un contact avec le virus.

Il n'existe pas de recommandations officielles encadrant la pratique de dépistage à l'hépatite B.

On note trois stratégies:

- la recherche d'emblée des trois marqueurs (Ac anti-Hbc, Ag HBs, Ac anti-HBs) recommandée par la HAS, ce qui a l'avantage de déterminer le statut immunitaire de la personne à risque en un seul temps.
- le contrôle avant vaccination de la nomenclature des actes de biologie médicale : Ac anti-HBc et AC anti-HBs,
- la recherche d'ag HBs et Ac anti-HBs

Le remboursement de la sérologie de l'hépatite B est de 65% contrairement aux sérologies VHC et VIH remboursées à 100%.

Tableau 1 : Interprétation des résultats du dépistage de l'hépatite B chez une personne à risque asymptomatique

Ag HBs	Ac anti HBs	Ac anti HBc	interprétation: "profil compatible avec ..."
-	-	-	Personne indemne non vaccinée
-	+	-	Personne indemne vaccinée et immunisée
-	+	+	Hépatite B guérie
+	-	+	Porteur chronique de l'Ag HBs
+	-	-	Hépatite B aigue récente avant apparition des Ac anti HBc
+	+	+	Séroconversion HBs en cours

D- LE MIGRANT

D-1 Définition

Le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) définit le migrant (ou immigré) comme une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Cette définition adoptée en 1991 combine deux caractéristiques invariables: le lieu et la nationalité à la naissance. Un immigré peut au cours de son séjour en France acquérir la nationalité française (Français par acquisition)

Par contre, un étranger est une personne résidant en France qui n'a pas la nationalité française. Certains étrangers sont nés en France et ne sont donc pas immigrés.

Il existe une hétérogénéité des populations migrantes avec des statuts administratifs divers influant sur l'accès aux soins: migrants très qualifiés, migrants en situation irrégulière (sans papiers/illégaux), demandeurs d'asile, migrants suite au rapprochement familial, migrants candidats au retour dans son pays d'origine.

D-2 Données démographiques

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a recensé 5,5 millions d'immigrés, soit 8.4% de personnes immigrées vivant en France en 2010 (annexe 5, tableau 1)

Parmi les immigrés, 37.4% sont originaires d'Europe, 30.8 % de 3 pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie) ,13% d'Afrique subsaharienne, 14.3 % d'Asie et 5.4% d'Amérique ou d'Océanie (23).

Ils sont généralement concentrés en Ile-de-France (38% d'immigrés). On trouve une forte pro-

portion d'immigrés dans le département de la Seine-Saint-Denis (41,2 % à Aubervilliers) (annexe 5, tableau 2).

D-3 La santé des migrants.

D.3.1. Couverture de soins

Les migrants selon leur situation administrative et financière peuvent disposer de la sécurité sociale (avec ou sans mutuelle), de la couverture maladie universelle de base et complémentaire, de l'aide médicale d'état (annexe 4)

Les patients précaires, sans couverture sociale peuvent se rendre dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière et récemment ambulatoire, dans certains centres municipaux de santé, au Comede, à Médecins du Monde, aux centres d'examen de santé (CES) pour bénéficier de soins gratuits.

D.3.2 L'accès aux soins

L'accès aux soins pour les patients en difficulté financière est facilité en consultation médicale s'ils bénéficient d'une protection maladie intégrale avec dispense de frais (24-25).

Parmi les nombreux obstacles rencontrés par les migrants à l'accès aux soins, on constate en particulier des difficultés d'ouverture des droits liées à la complexité administrative et à des problèmes linguistiques. Dès lors, les démarches pour « les papiers » et l'hébergement sont prioritaires par rapport aux besoins de prévention médicale. En 2012, 20% des personnes qui ont droit à la CMUc ne la demandent pas (25-26).

Les obstacles linguistiques et culturels sont souvent évoqués avec une incompréhension médecin-patient à cause de la barrière de langue. Il existe souvent une confrontation des représentations et expressions de la maladie, différentes entre le migrant et le médecin (27-28).

D.3.3 Le refus des soins

Les patients bénéficiaires de la CMUc et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) se heurtent à des refus de soins surtout dans les grandes villes et auprès de médecins spécialistes. Quelques médecins généralistes de secteur 2 à dépassement d'honoraires sont aussi réticents à les accepter (25).

D.3.4 Les pathologies spécifiques des migrants

La prévalence de certaines maladies est plus élevée chez les migrants en fonction de la prévalence dans leur pays.

Les résultats de bilan de santé du Comede proposés à vingt mille patients exilés, suivis entre 2001 et 2007, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies (29) :

- les psycho-traumatismes ;
- les maladies infectieuses : hépatite chronique B et C, l'infection VIH-Sida, la tuberculose et la bilharziose urinaire, où les diagnostics sont effectués en France dans 94% des cas (annexe 6),
- les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme persistant).

D-4 Hépatite B chez les migrants originaires de pays de forte endémie

Parmi les maladies infectieuses, l'hépatite B est beaucoup plus fréquente chez les migrants originaires de pays d'endémie forte, que le VIH et la tuberculose (24).

La prévalence de l'Ag HBs est significativement plus élevée chez les personnes nées dans un pays de forte endémie que chez les autres personnes vivant en France. Dans l'enquête réalisée par l'InVS en 2004, les personnes nées en Afrique subsaharienne étaient les plus touchées avec une prévalence de 5.25%, et 0,92% parmi les personnes originaires d'Asie (2). Dans la récente étude PREVAC B2, les prévalences de l'Ag HBs sont respectivement de 9.6% et 4.3% (3).

Chez les personnes nées dans un pays de forte endémie, la prévalence de l'Ac anti- HBc (témoin d'un contact avec le VHB) est plus élevée : 49.6% chez les personnes nées en Afrique subsaharienne et 28.6% pour celles nées en Asie en 2004. Dans l'étude PREVAC B2, ces chiffres s'élèvent respectivement à 62% et 35.9%.

II. L'ETUDE

A. Contexte et justification de l'étude

L'enquête épidémiologique réalisée par l'InVS en 2004 sur le VHB a estimé la prévalence de l'Ag HBs à 5,25% chez les patients originaires d'Afrique et à 0,92% chez les patients originaires d'Asie contre 0,65% dans la population générale. Or, 15 % seulement des personnes originaires des pays de forte endémie vivant en France déclarent avoir déjà effectué un dépistage du VHB. Dans la récente étude PREVAC B2 intégrant les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'état (AME), la prévalence de l'Ag HBs s'élève à 9.1%. Elle est de 9.6% chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne et de 4.3% chez ceux originaires d'Asie (3).

En 2008, 80% des patients infectés chroniques par le VHB et nouvellement diagnostiqués étaient nés en zone de forte ou moyenne endémie (5).

Quant aux pratiques de dépistage des hépatites virales B déclarées par les médecins généralistes en 2009, elles pourraient être améliorées. Elles correspondent aux recommandations pour certaines expositions à risque telle que la toxicomanie, ils le proposent de manière systématique dans 73,1% des cas. En revanche, seuls 38,6% des médecins proposent systématiquement le dépistage de l'hépatite B pour les personnes originaires d'un pays d'endémie forte (7).

L'objectif principal de l'étude est de rechercher les freins au dépistage de l'hépatite B chez les migrants ? Sont-ils propres au médecin généraliste ? Sont-ils liés aux caractéristiques du migrant ?

Il nous paraît donc nécessaire de connaître les pratiques des médecins généralistes sur le dépistage de l'hépatite B auprès du migrant originaire d'un pays de forte endémie (Afrique subsaharienne et Asie du Sud-Est).

Cela permettra, nous l'espérons, d'expliquer et de comprendre le sous-dépistage de l'hépatite B auprès de ces migrants à risque.

B. Méthode

B.1 Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels sur les pratiques de dépistage de l'hépatite B ciblé sur une population à risque : les migrants originaires de zones de forte endémie : l'Afrique subsaharienne et l'Asie.

B.1.1 Choix d'une méthode qualitative

La recherche qualitative aide à identifier les représentations des individus et à comprendre les comportements ou pratiques. Elle permet surtout de répondre aux questions « comment » et « pourquoi » par le recueil de données verbales, alors que la recherche quantitative permet plus souvent de répondre à la question « combien » ou « pourquoi » dans le but de quantifier, étudier un lien de causalité d'une manière statistique (30-31).

Les méthodes qualitative et quantitative sont parfois opposées, pourtant elles peuvent être complémentaires. Par exemple, une méthode qualitative peut compléter un travail quantitatif, pour approfondir les comportements étudiés par le premier travail (30). Elle n'en reste pas moins rigoureuse (32).

L'objectif de notre travail consiste à rechercher les freins au dépistage de l'hépatite B chez le migrant originaire d'un pays de forte endémie; et d'identifier la perception de cette maladie par les médecins généralistes; c'est pourquoi la méthode qualitative qui est une méthode exploratoire nous paraît la plus judicieuse.

B.1.2 L'entretien individuel semi-dirigé

Pour la méthode qualitative, deux types d'entretiens sont possibles : les entretiens individuels et les entretiens de groupe (*focus group*).

Dans cette étude, on a choisi l'entretien individuel semi-dirigé, basé sur un guide (canevas) d'entretien pour rester centré sur l'objet de l'étude. Le fait d'interroger les médecins individuellement permet de mieux aborder les sujets. En confrontant les médecins à leurs confrères dans des *focus group*, des facteurs de résistances et des mimétismes entre les participants peuvent se mettre en place et limiter la validité de l'étude.

L'entretien individuel semi-dirigé permet donc d'identifier le ressenti et les pratiques des médecins à travers le recueil de leur discours (33).

B.1.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de nos hypothèses et des données de la littérature. Il comprend des questions ouvertes laissant ainsi place à une certaine liberté de réponse aux participants. Certaines questions ont été modifiées après les premiers entretiens (33), le plus souvent parce qu'elles n'apportaient aucune information intéressante ou pour une meilleure compréhension du médecin. D'autres questions ont été rajoutées pour apporter plus de précision ou de sens à certaines réponses. L'ordre des questions a parfois été changé pour s'adapter au discours du médecin interrogé.

Le guide d'entretien a permis d'organiser un déroulement des interviews autour de 3 axes : une première partie concernait le profil d'exercice du médecin ; une seconde partie s'attardait sur l'hépatite B (les connaissances des zones d'endémie et les FDR). La troisième partie concernait

leurs pratiques de dépistage. Au total, 17 questions ont été posées (annexe 7).

L'interviewer est resté neutre durant l'entretien, il a guidé parfois l'interviewé pour aborder l'ensemble des thèmes. L'interviewer peut aussi reformuler, relancer les propos de l'interviewé en vue de faire préciser certaines idées. (32)

B.2 La population

Ont été inclus dans l'étude :

- les Médecins Généralistes d'exercice libéral installés
- exerçant dans 3 départements d'Ile-de-France : Paris (75), la Seine-et-Marne (77) ;
Seine-Saint-Denis (93).
- acceptant de participer à l'étude après contact téléphonique.

Le nombre de médecins inclus n'a pas été préétabli. Afin d'obtenir une diversification des informations recueillies lors des entretiens, l'échantillon a été choisi et raisonné (31-32) selon l'âge des médecins, leur sexe, leur lieu d'exercice et leur ancienneté d'installation.

Cet échantillon raisonné a été réalisé à partir de notre réseau de connaissances et via la méthode dite "boule-de-neige". A chaque entretien, je demandais au médecin s'il connaissait un médecin correspondant à mes critères de sélection, susceptible de participer à l'étude.

Les participants savaient que l'entretien concernerait le migrant, mais n'étaient pas informés de la thématique « hépatite B ».

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données. Le recrutement de

médecins s'est arrêté lorsque l'analyse des données n'apportait pas de nouveaux éléments de réponse à la question de recherche. Deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés pour s'en assurer (32-33).

B.3. Le recueil des données

L'enregistrement par un dictaphone a été systématiquement proposé et accepté par tous les médecins interrogés.

Rapidement, l'entretien a été transcrit en verbatim par l'intervieweur avec respect de la syntaxe ; puis il a été rendu anonyme et codé pour une analyse thématique.

A chaque médecin correspond un numéro (M1, M2, M3, etc...) suivant l'ordre chronologique des entretiens.

B.4. Analyse des données ou codage

La théorie ancrée ou « *grounded theory* » a été choisie pour analyser les données, avec un codage ouvert et centré par la question de recherche.

Une analyse thématique des données a été réalisée. Elle s'est déroulée en deux temps : d'abord une analyse par entretien (ou analyse verticale) puis une analyse transversale entre les différents entretiens (ou analyse horizontale) (33).

Chaque entretien a été codé, citation par citation. Puis les citations ont été regroupées en une liste d'items permettant une vue d'ensemble plus global du codage.

Après lecture de tous les entretiens, toutes les idées se rapportant à la question de recherche

ont été identifiées, c'est le codage par analyse horizontale. Ces idées ont ensuite été classées en catégories faisant émerger 8 thèmes principaux (31,33).

Enfin, pour chaque catégorie, nous avons sélectionné dans les verbatims, une ou plusieurs citations les plus représentatives pour les exposer dans les résultats (32). Chaque citation est précédée du numéro du médecin interrogé.

Les données étaient analysées alors même que le recueil se poursuivait, cela a participé aux ajouts ou modifications de questions du guide d'entretien pour obtenir la version finale (annexe 7).

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des médecins et des entretiens

A.1. Le profil des médecins

Quinze médecins ont été contactés pour participer aux entretiens. Parmi ces médecins, deux ont refusé de participer : l'un (une femme de 77) pour absence d'intérêt à toute étude, l'autre (un homme de 75) par manque de temps.

Treize médecins généralistes ont composé l'échantillon raisonné selon l'âge, le sexe, l'ancienneté d'installation et le lieu d'exercice.

Tous exercent en zone urbaine car la population migrante est essentiellement citadine.

Il y avait six hommes et sept femmes entre 30 et 65 ans ; six d'entre eux ont moins de 40 ans, deux entre 41 et 50 ans, et cinq médecins plus de 51 ans.

Les médecins interrogés exercent pour six d'entre eux en Seine et Marne (77), trois médecins généralistes à Paris, et quatre médecins en Seine Saint Denis (93).

Ces caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1 de l'annexe 8.

Il existe une diversité au niveau des origines dans l'échantillon choisi : 6 médecins d'origine étrangère et 7 médecins d'origine française.

Le nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement par les médecins interrogés est de 30 consultations par jour.

Trois médecins interrogés déclarent moins de 10% de patients bénéficiant de la CMU, quatre entre 10 et 20% et six médecins ont plus de 20%.

Ces données sont exposées dans le tableau 2 (annexe 8).

A.2 Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 21 juillet 2013 et le 28 janvier 2014, dans les cabinets des médecins généralistes, et au domicile pour un seul d'entre eux (M1).

Ils ont duré entre six et dix-sept minutes.

La saturation des données a été obtenue à l'issue du onzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont permis de s'assurer de la saturation des données.

B. Les thèmes retenus

L'analyse des données a fait émerger les 8 thèmes suivants :

- définition du migrant
- les spécificités du migrant
- la perception de l'hépatite B par le médecin
- les connaissances des médecins sur les facteurs de risque de transmission du VHB et les zones de forte endémie d'hépatite B
- le dépistage de l'hépatite B
- les obstacles au dépistage du migrant
- les causes évoquées du sous-dépistage
- les pistes avancées par les médecins pour une amélioration du dépistage.

B.1. Définition du migrant

• *Lieu de naissance*

M4 : « Le migrant, c'est un patient d'origine étrangère qui n'est pas natif français »

M5 : « c'est une personne qui est née dans un autre pays que la France »

M13 : « Le migrant c'est une personne qui vient d'un pays étranger non européen puisque maintenant la France c'est l'Europe, l'Europe c'est la France. Donc dès qu'ils viennent d'un pays qui n'a pas signé l'Accord de Schengen c'est un migrant ».

Le migrant est défini par sa naissance dans un pays étranger pour la majorité des médecins avec une précision de non-appartenance à l'Europe pour l'un d'entre eux.

M11 : « C'est quelqu'un qui a une langue maternelle différente de la mienne et qui parle pas forcément la langue que je parle moi ».

Un médecin met l'accent non pas sur le pays étranger mais sur une langue maternelle différente du français.

◦ *Hétérogénéité des migrants*

M4:« C'est le patient qui émigre pour raison de travail ou qui a migré pour des questions de refuge politique suite à des conflits armés dans leur pays..».

M8 :« Les étudiants c'est différent c'est une autre population ils sont aussi migrants mais c'est pas la même chose »

Les médecins soulignent une hétérogénéité des migrants avec des causes de migration (fuite d'un conflit politique, recherche de travail) et des statuts administratifs divers (migrants irréguliers, étudiants et travailleurs). On notera la particularité de l'étudiant non perçu comme migrant parce qu'il maîtriserait mieux la langue française et serait mieux intégré.

• *Distinction entre le migrant récent et celui de longue date*

M4 : « Ca dépend si c'est un migrant récent ou ça va être plus difficile qu'un patient qui est installé de longue date sur le territoire, qui est plus intégré qui va manier bien la langue ; qui ne pose pas de problème de différences par rapport à un patient français de souche lambda »

M5 : « qui est ici depuis on dira une période inférieure à 5 ans »

Le migrant de longue date est considéré comme mieux intégré par rapport au migrant récent. Il ne présente pas de difficulté de compréhension ou d'expression du français.

B.2- Les spécificités du migrant

• Pathologies spécifiques du migrant

M1 : « S'il a déjà été en contact avec la tuberculose. S'il a eu des antécédents de paludisme dans sa famille. »

M13 : « Je pose la question des vaccins, si le migrant est à jour des vaccins, s'il a fait du paludisme ou pas, je suppose qu'il est vacciné contre la fièvre jaune sinon il ne serait pas en France.

M3 : « c'est plus avec tout ce qui est maladies tropicales...le palu. Avec les migrants tout ce qui est hépatites »

M5 : « Je propose très facilement le dépistage de l'hépatite et VIH. »

La plupart des médecins interrogés notent des pathologies spécifiques liées au migrant et recherchées à l'interrogatoire. Parmi elles, on retrouve le paludisme, les hépatites virales. Le dépistage du VIH est facilement proposé, mais non recherché à l'interrogatoire comme facteur de risque.

• Consultations particulières avec le migrant

M4 : « Et ce sont des gens qui peuvent avoir des difficultés de langue. »

M11 : « Et qui a en plus des modèles et des représentations culturelles différentes des miennes ce qui fait que je comprends pas toujours ce que la personne me veut. Des fois les gens parlent très bien le français mais ils mettent pas la même chose derrière les mots même si le français

est bon. Les consultations sont plus longues sont plus difficiles donc ça pèse

Les consultations avec un migrant sont considérées plus longues et plus difficiles à cause de leur non-maîtrise du français. Certains médecins ont du mal à déchiffrer le message ou l'information donnés par le patient migrant.

M11 : « ils ne savent pas très bien les antécédents familiaux parce que soit les parents n'ont pas eu un suivi médical extraordinaire c'est c'qui fait qu'on sait pas si y a diabète hypertension

M 12 : « Quand c'est des populations migrantes c'est qu'on n'a pas trop d'antécédents familiaux parce qu'ils savent pas ou on en parlent pas. Souvent c'est ça, donc on est un peu embêtés là-dessus ou on découvre des choses au fur et à mesure ».

Les médecins jugent que le migrant fournit peu d'informations médicales personnelles ou familiales avec un interrogatoire souvent pauvre.

B.3- la perception de l'hépatite B par le médecin

• Sa fréquence

M1 : « Là j'ai aucune idée au fait »,

M4 : « Fréquente, pas si fréquente que ça, oui elle existe »

M5 : « Dans la population générale en France bon je dirais quand même 5%, en dessous de 5% ; chez l'Africain je pense que ça va plutôt vers 15 % »

M7 : « C'est une maladie qui est fréquente chez le migrant je veux dire, c'est une maladie qui

est fréquente sur certains continents ça c'est sur »

La prévalence de l'hépatite B en France n'est pas connue des médecins interrogés. En revanche, la plupart d'entre eux reconnaissent sa plus forte prévalence chez le migrant.

• **Sa gravité**

M4 : « Bon on sait qu'il y a une forte proportion de guérison spontanée de l'hépatite B donc c'est pas une maladie qui est mortelle rapidement. Si elle tue, elle tue tout de suite, si elle chronicise bon n'y a pas de danger imminent comme un sida qui va faire des ravages. Et l'hépatite B peut tuer aussi c'est moins dangereux mais bon c'est pas la même chose, pour des bénéfiques qui ne sont pas énormes non plus. C'est pas une maladie qui fait peur. »

M11 : « pour moi c'est pas trop grave parce que bein ça dépend si on parle des hépatites actives ou pas, si y'a des hépatites B qui sont pas forcément actives. Je serai pas catastrophiste en disant au malade oh la mon pauvre ami t'es foutu »

M10 : « Qu'on peut soigner avec des médicaments, qui peut devenir grave oui, se compliquer de cirrhose. Ça dépend de l'activité du virus ».

Il existe une sous-estimation de la gravité de l'hépatite B par les médecins qui comparent cette maladie au VIH-Sida.

- *Sa contagiosité par rapport au VIH*

M12 : « On va dire 10 fois plus contaminant »

M13 : « Moi pour ma part je pense que c'est le VIH »

La contagiosité du virus de l'hépatite B est également sous-estimée par rapport à celle du VIH. Soit le VHB est considéré plus contagieux que le VIH mais dans un rapport faible ; soit sa contagiosité est considérée inférieure au VIH, c'est le cas pour 3 médecins interrogés.

B.4- connaissance des médecins sur les FDR et les zones de forte endémie

- *Confusion entre mode de contamination et FDR de transmission*

M8 : « Les rapports sexuels, euh le sang transmission sanguine, la salive c'est les 3 facteurs »

M11 : « la transmission sexuelle et le sang en général, transfusion »

On notait une confusion entre les modes de transmission et les facteurs de risques. A la question des modes de transmission, les médecins répondaient par les facteurs de risque.

• *Connaissance et recherche des FDR de transmission du VHB en consultation*

M1 : « Partenaires multiples. D'autres drogues associées. Vaccination ou pas hépatite B ; je crois la salive mais je suis pas sûr. Héritaire parce qu'il y a la transmission mère-enfant. »

M9 : « Comme on dit le sang forcément le sexe puis la mauvaise eau par exemple »

M5 « Donc c'est rapport sexuel je pense le plus fréquent, transfusion sanguine après ça peut être même les soins dentaires dans les cabinets qui ne stérilisent pas leur instrument, trace de sang, transmission materno-fœtale aussi »

M1 : « C'est vrai. Non souvent à la première consult, premier abord en fait, dans les facteurs de risque si il y a le tabac, drogues occasionnelles, alcool, on peut rechercher partenaire ou pas »

Les facteurs de risque d'hépatite B les plus fréquemment cités sont les rapports sexuels et la toxicomanie ; moins souvent la transmission mère-enfant. Ils ne sont pas forcément recherchés à l'interrogatoire. Un seul médecin affirme les rechercher lors de la première consultation (M1).

M10 : « Devant le patient âgé, avec l'histoire de la transfusion qui a eu dans les années 80, après les toxicomanes, après les patients je crois asiatique.

M9 : « Dans son esprit il le perçoit pas comme ça il le perçoit pas comme porteur mais en fait y en a beaucoup »

Le fait d'être migrant n'est pas cité comme facteur de risque du VHB par les médecins, à l'exception d'un seul.

• *Les zones de forte endémie*

M5 : « Euh l'Asie du Sud-Est classiquement et l'Afrique je dirai Afrique sub-saharienne , Europe de l'Est moi j'y viens donc je sais qu'y en a »

M11 : « Bein j'aurai mis l'Afrique centrale, Tchad, Mali et Afrique centrale »

M13 : « Euh y a l'Extrême Orient, euh je sais et puis y a l'Afrique. Les Antilles je sais pas si y en a beaucoup, la Guyane je pense qu'il y en a pas mal aussi. C'est surtout l'Afrique ».

Six des 13 médecins citent l'Afrique et l'Asie, cinq d'entre eux l'Asie ou l'Afrique.

M3 : « non je connais pas »

M12 : « Ca je sais pas »

Deux médecins reconnaissent ne pas connaître les zones de forte endémie d'hépatite B.

B.5- Le dépistage de l'hépatite B

° Les personnes ciblées par le dépistage de l'hépatite B.

M9 : « Ca peut être la personne qui s'est droguée, ça peut être le libertinage sexuel »

M7 : « s'il y a des conduites à risque éventuellement ce serait intéressant de lui proposer un dépistage »

M11 : « la toxicomanie, s'il se pique »

M5 : « s'ils ont eu des opérations ça m'intéresse surtout parce qu'il y a un risque transfusionnel réel, je propose très facilement le dépistage de l'hépatite. »

M10 : « avec l'histoire de la transfusion qu'il y a eu dans les années 80 »

Le dépistage de l'hépatite B est proposé aux personnes ayant pour facteurs de risque la toxicomanie, des rapports sexuels à risque, une transfusion ou soins invasifs dans le pays d'origine. Ces facteurs de risques sont d'ailleurs les plus cités par les médecins.

M3 : « Avec les migrants tout ce qui est hépatite etc. On fait une ordonnance systématiquement ».

M8 : « Si la question qu'il soit malien ou africain ou d'Asie médicalement le problème c'est celui de l'hépatite donc si tu veux je propose une prise de sang voilà. C'est différent si j'ai un Français qui vient par rapport à un Africain par rapport à l'hépatite »

M5 : « je propose très facilement le dépistage de hépatite et VIH ».

M10 : « Apres je propose une prise de sang complète par rapport aux MST ».

A la fin de la consultation du cas présenté, certains médecins proposent systématiquement le dépistage de l'hépatite B au migrant, en particulier les médecins originaires des zones d'endémie.

M1 : « Patients jeunes. Moins de 40 ans. Jeunes actifs. Plutôt des citadins qui sortent qui peuvent avoir des situations à risques, partenaires multiples »

M7 : « S'il est un peu plus âgé oui qu'il y a des conduites à risque éventuellement ce serait intéressant de lui proposer un dépistage comme on ferait d'ailleurs à la population générale »

L'âge est également pris en compte dans le choix de proposition du dépistage de l'hépatite B.

• A quelle occasion le dépistage est-il proposé ?

M7 : « Si c'était une première consultation c'est la première fois qu'on voit le patient qui a jamais eu de suivi auparavant c'est intéressant de savoir justement leur statut sérologique hépatite B »

M3 : « Toutes les personnes que je vois pour la première fois je leur demande VIH hépatite B hépatite C ».

C'est à l'occasion d'une première consultation que le médecin propose le plus souvent le dépistage de l'hépatite B, que le patient soit migrant ou non.

M4 : « Par contre si un patient a une hépatite active les transaminases sont élevées »

M7 : « je fais quand même un p'tit bilan de débrouillage pour voir un peu ce qui se passe un bilan hépatique au moins déjà pour commencer puis si y a des anomalies on approfondira un p'tit peu »

D'autres médecins proposent le dépistage de l'hépatite B devant des anomalies du bilan hépatique.

M1 : « s'il demande cholestérol etc.. je peux proposer les sérologies VIH et hépatite B. »

M2 :« En général ils viennent pour ».

Le dépistage se fait également à la demande du patient en l'absence d'anomalies biologiques.

° La stratégie du dépistage sérologique

M5 : « Je prescris Ag HBs Ac anti-HBc et Ac anti-HBs »

M13 :« Donc antigène HBs anticorps anti-HBs/ HBc ».

Il n'y a pas d'homogénéité dans la prescription de la sérologie de l'hépatite B. Quatre médecins suivent les recommandations de l'HAS, à savoir la recherche des 3 marqueurs : Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc.

M4 :« Antigène HBs on peut faire les anticorps HBs »

M6 « Je fais antigénémie Hbs et puis comme je vaccine beaucoup je fais un anticorps anti HBs »

La deuxième stratégie choisie, à égalité avec la première citée, est la recherche des deux marqueurs : Ag HBs et Ac anti-HBs.

M1 : « Pour l'hépatite B euh c'est vrai que je mets sérologie et en fait ils dosent je crois que c'est les anticorps. En fait c'est le labo qui quand il est positif il dose tout »

M8 : « C'est un problème ça. Je mets dépistage de l'hépatite b et le laboratoire se débrouille avec. Ah ouais je me rappelle plus de ces machins, en plus ça m'énerve ».

D'autres médecins interrogés écrivent sérologie VHB sur l'ordonnance, par difficulté de prescription et laissent ainsi faire le laboratoire d'analyses biologiques.

B.6-Les obstacles au dépistage du migrant

• Précarité sociale

M7 : « C'est vrai que par rapport au migrant s'il y a des choses à faire en plus, c'est surtout le mode de vie pour pouvoir adapter en fonction la prise en charge...Prise en charge je veux dire financière est- ce qu'il a l'AME, la CMUParce qu'on associe souvent au migrant à la précarité donc c'est pour savoir s'il a les moyens de disposer des soins qu'on lui proposerai éventuellement ».

M8 « Le problème qui est embêtant c'est qu'ils n'ont pas leurs papiers. Et que c'est cher »

M12 « le frein c'est s'ils ont pas de couverture sociale là on va pas leur faire faire des prises de sang s'ils doivent tout payer »

Les médecins associent le migrant à la précarité sociale pouvant gêner l'accès aux soins et la bonne prise en charge médicale. Ils ne jugent donc pas approprié de prescrire le dépistage de l'hépatite B qui sera à sa charge et donc probablement pas réalisé. Il y a aussi une association erronée entre migrants et sans papiers.

° *Crainte de la réaction du patient ou peur de discriminer*

M4 : « Certains patients n'aiment pas les prises de sang ; ils sont réticents à se faire prélever le sang ça peut être dans certaines cultures prélever du sang c'est un peu enlever sa force ils sont un peu réticents »

M1 : « Je veux pas faire de différence avec un autre patient, je vais pas faire entre guillemets de discrimination pourquoi on va pas le proposer plus à l'Africain le Maghrébin ou Asie»

M5 :« Sans avoir de jugement sur l'origine parce que c'est un sujet sensible en France ».

Certains médecins pensent que le fait de proposer un dépistage de l'hépatite B à un patient parce qu'il est migrant serait de la discrimination. Ils ne proposent alors pas le dépistage de l'hépatite B à cette population pourtant à risque. Et cela par peur de la réaction du patient

•*Le patient vient avec un motif de consultation particulier*

M1 : « s'il vient pour sa consult de sport tu prescris pas forcément le bilan puisque c'est sa demande. Je vais pas forcément proposer à quelqu'un qui vient faire son certificat de faire l'hépatite »

M2 : « Parce que en général ils viennent pour des symptômes souvent ils veulent une réponse rapide une réponse courte. C'est vrai qu'après on rentre dans un truc beaucoup plus global pour l'hépatite B ».

Le patient vient avec un motif précis de consultation, ce à quoi le médecin tente d'abord de répondre. Il se voit mal lui proposer un dépistage sans lien avec son problème aigu. Il doit s'agir d'un souhait du patient d'abord, parce que le médecin lui-même trouve difficile d'aborder systématiquement le dépistage du VHB sans que le patient le demande.

B.7- Les causes évoquées du sous-dépistage

• Pas de signes cliniques

M4 :« Aussi les gens sont asymptomatiques ma foi si bon y a pas d'ictère »

M5 :« Il faut dire que la plupart des formes sont asymptomatiques, que c'est une maladie mal connue par le migrant même parce qu'ils se disent qu'en France on a quand même un vaccin et que la prévalence elle a dû baisser donc voilà c'est un frein aussi »

M7 :« Si y a pas de signe de symptômes particuliers peut-être que c'est pas prescrit systématiquement »

Les médecins estiment qu'il n'est pas utile de prescrire une sérologie VHB si le patient ne présente aucun signe clinique.

◦ sous- information des médecins

M1 : « On a oublié au fait parce que ça se guérit un petit peu l'interféron »

M11 : « Est-ce qu'on sait toujours l'endémie d'un pays ? Est ce qu'il y en a beaucoup ou pas ?

Donc on sait pas donc on le propose pas »

M10 : « On y pense moins je pense que c'est un problème de connaissances »

Des médecins ne proposent pas le dépistage de l'hépatite B au migrant par manque d'information sur le risque du migrant. Ou alors, d'autres banalisent la maladie en sous estimant sa gravité.

• *suivi médical et accès aux soins difficiles pour les migrants*

M7 : « Est-ce qu'il y a peut être aussi des conditions ici de couverture et puis y a aussi peut être l'observance peut être qu'ils ne connaissent pas bien le système de santé est-ce qu'ils vont se présenter au laboratoire... Est-ce que c'est prescrit ? Est-ce que c'est réalisé ? C'est peut-être ça aussi la différence c'est parce qu'il n'est pas forcément fait »

M12 : « C'est que le migrant comme il est arrivé y a pas longtemps il a peut-être pas forcément un médecin traitant »

Certains médecins décrivent le migrant comme une personne « volage » sans médecin traitant, qui consulte de médecins en médecins, qui ne va pas faire les bilans prescrits. Un bon suivi médical est ainsi rendu plus difficile C'est pourquoi, ces médecins ne s'impliquent pas autant dans la prévention que pour leurs autres patients.

° *Le rôle de prévention n'est pas forcément la priorité*

M6 : « La prévention c'est quelque chose qui va nous intéresser beaucoup mais c'est pas l'information qu'on a facilementsi on nous met pas cette mission sur le dos si on nous déclare pas dépisteur on va pas le faire spontanément on va dire »

M8 : « On n'est pas dans une médecine de dépistage je pense qu'on n'est pas dans la philosophie du dépistage. C'est pour ça qu'on le demande pas systématiquement ».

Des médecins estiment que la prévention n'est pas leur priorité. Selon eux, il leur est confié plus un rôle de diagnostic et curatif qu'un rôle de prévention.

° *Un coût ?*

M11 : « J'aime mieux vacciner deux fois bein c'est au point de vue coût je crois que c'est moins cher de faire deux vaccins un en trop que de faire sérologie plus vaccin. Donc je suis très économiste, très radin ».

M3 :« Je pense c'est plus un coût. Peut- être que c'est pas une priorité pour le médecin. Je vois pas de frein »

M4 : « on ne va pas le faire systématiquement sinon un dépistage de masse ça aurait aussi un coût de la santé. Est-ce qu'on peut faire déraiper les dépenses ? C'est un facteur qui joue aussi »

Trois médecins suggèrent que dépister l'hépatite B systématiquement à tous les migrants représenterait un coût supplémentaire pour la santé publique.

B.8- Les pistes avancées par les médecins pour une amélioration du dépistage

Les médecins interrogés sur les pistes d'amélioration au dépistage de l'hépatite B citent par ordre de fréquence :

- information et formation des professionnels de santé
- dépistage par des organismes spécifiques
- sensibilisation par les médias
- rémunération spécifique
- renforcement du rôle préventif

° Information et formation des médecins

M4 : « Envoyer un e- mail à tous les médecins »

M3 : « La formation et l'information du médecin. Si on veut que ça soit quelque chose de systématique il faut que ça passe aussi par l'Assurance Maladie »

M9 : « Peut- être dans les fameuses réunions, les réunions professionnelles (les RP) ou alors dans la presse, la presse écrite des docteurs »

M10 : « Proposer plus de formation ».

Il s'agit d'informer et sensibiliser les médecins au dépistage de l'hépatite B en mettant l'accent sur le risque spécifique du migrant, pour six médecins d'entre eux.

• **Dépistage de l'hépatite B dès l'entrée en France.**

M1 : « Soit c'est une politique de santé on fait à tous les migrants comme quand on fait un dépistage de tuberculose quand ils arrivent à la frontière »

M7 : « il peut se faire même en amont quand il arrive en France, y a forcément les associations peut être qui prennent en charge ce type de patients »

M8 : « Ce serait plus simple que ça soit l'Office de l'Immigration qui le fasse et ça nous simplifierait la vie ».

M10 : « Ce qu'on pourrait faire c'est à l'arrivée des migrants de leur faire le dépistage systématique ».

Cinq médecins souhaitent déléguer le dépistage du migrant à des organismes spécifiques dès leur arrivée sur le territoire français, pour plus de facilité dans leur pratique.

◦ **Sensibilisation à l'hépatite par les médias avec une large communication.**

M1 : « Campagne de prévention que ça soit dans les médias, voilà les migrants si y a des cas de tuberculose ou hépatite dans votre famille entourage faites-vous dépister »

M2 : « D'en parler, les gens sont très média-sensibles, ils ont rien à foutre du médecin ils écoutent plus les infos à la télé ».

M5 : « ca peut passer par des mesures des Ministères de la Sante, de l'information, dans les transports en commun cette maladie ; existe parlez- en à votre médecin ».

Une sensibilisation par les médias avec une campagne grand public est un des éléments facilitant l'amélioration du dépistage de l'hépatite B, cette piste est avancée par trois médecins.

° Rémunération spécifique

M10 : « Proposer comme dans la convention des médecins généralistes des points pour la prévention et pour inciter. Comme les campagnes de vaccination, les tests de l'hémocult ça permet d'avoir des points et de rémunérer les médecins, inciter plus financièrement ».

Une incitation financière par l'Assurance Maladie avec rémunération spécifique, sous la forme d'une convention avec la CPAM, est suggérée par deux médecins.

• Rôle préventif à préciser

M6 : « La prévention c'est quelque chose qui va nous intéresser beaucoup mais c'est pas l'information qu'on a facilementsi on nous met pas cette mission sur le dos si on nous déclare pas dépisteur on va pas le faire spontanément on va dire. On nous déclare certifieur de sport mais pas dépisteur ».

Ce médecin suggère de préciser et de renforcer le rôle de prévention des médecins généralistes.

IV- DISCUSSION

A. Les analyses des résultats

A.1 Profil des médecins généralistes interrogés

Une même pratique de test de dépistage peut s'expliquer par des raisons différentes : un dépistage ciblé sur un facteur de risque, un contrôle de vaccination, ou bien une confirmation diagnostique. Pour certains, le dépistage de l'hépatite B s'inscrit dans le cadre du bilan de MST lorsque le patient consulte pour une sérologie VIH ; pour d'autres, il s'agit d'un dépistage systématique annuel des sérologies VIH et VHB/C pour tout patient (migrant ou non).

Les médecins nés à l'étranger ou qui ont des parents nés à l'étranger sont plus sensibilisés à l'hépatite B chez le migrant. Le dépistage de l'hépatite B est facilement proposé sans ressentir de peur ou de gêne. Il n'y a pour ceux-là aucun frein.

Le nombre d'actes par jour et la proportion de CMU des médecins semblent influencer sur la proposition du dépistage de l'hépatite B en général. Il s'agit des médecins qui réalisent plus de 30 consultations par jour et ont plus de 10% de patients bénéficiaires de la CMU. Et parmi eux, ce sont les médecins installés depuis moins de 10 ans qui ciblent en particulier le migrant.

Il y a peu de différence dans la pratique de dépistage de l'hépatite B des médecins selon leur sexe ou leur âge.

Il serait intéressant de valider ces tendances par une étude quantitative.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de leur pratique déclarée

Catégorie	Sexe		Age		Nombre pa-tients/jour		% de CMU		Ancienneté d'ins-tallation	
	Homme	Femme	< 40 ans	> 41	< 30	>= 30	<10	>20	< 10 ans	> 10 ans
Dépistage systématique										
Générale M8.12.13	1	2	1	2	2	1	0	<u>3</u>	1	2
Du migrant M3.5.6.9.10	2	3	3	2	1	<u>4</u>	1	<u>4</u>	<u>4</u>	1
A la demande du patient M1.2	1	1	1	1	0	<u>2</u>	0	<u>2</u>	1	1
Si anomalies biologiques M4.7.11	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2
Prescription de										
3 marqueurs	2	2	3	1	4	0	2	2	3	1
2 marqueurs	3	1	2	2	3	1	0	4	2	2
Sérologie VHB	1	4	1	4	2	3	1	4	2	3

Les caractéristiques des médecins généralistes en fonction de leur pratique déclarée sont détaillées en annexe 9.

A.2 Représentation de l'hépatite B chez le migrant par les médecins généralistes

L'insuffisance d'information des médecins sur le facteur de risque migrant et la maladie elle-même semble expliquer la mauvaise perception de cette maladie. La gravité et la forte contagiosité de l'hépatite B sont sous-estimées.

Pourtant, l'hépatite B est la plus fréquente des maladies infectieuses chez le migrant, avec une prévalence de l'Ag HBs supérieure à celle de la population française. Par exemple, entre 2001 et 2007, le taux de prévalence pour 1 000 personnes chez les migrants originaires d'Afrique de l'Ouest était de 121 pour le VHB, 16 pour le VIH et 7 pour la tuberculose (annexe 6).

De même, dans une étude qualitative de 2009 portant sur les perceptions de l'hépatite B, les médecins généralistes semblaient peu préoccupés par cette infection qu'ils ne considéraient pas comme un enjeu de santé publique majeur (6).

A.3 Un dépistage encore peu inscrit dans la pratique du généraliste

A.3.1. Les obstacles

Il se pourrait que les principaux obstacles au dépistage du migrant évoqués tels que la précarité sociale, la crainte de la réaction du patient ou la peur de discriminer, soient liés à une perception « faussée » du médecin généraliste sur le migrant.

Il existe souvent une association erronée entre migrant et « sans papier ». Or les migrants consultant en ville ont, dans la majorité des cas, une couverture sociale : assurance maladie, CMU ou AME. Il faudrait donc les intégrer dans une démarche de prévention adaptée à leur risque accru d'infection virale B. Et pour les « sans papiers », ne pas hésiter à les adresser dans les

centres de dépistage anonymes et gratuits, le comité médical pour les exilés ou à médecin du monde ; pour un dépistage gratuit de l'hépatite B.

Les médecins justifient l'obstacle lié à la précarité sociale du migrant, en évoquant le remboursement à 65% de la sérologie VHB, alors que les sérologies VIH et VHC sont elles, prises en charge à 100%.

Le coût pour la société, que représenterait le dépistage systématique de tous les migrants, est également évoqué comme obstacle. Qu'en est-il réellement ?

« Quelqu'un qui est diagnostiqué au stade de cirrhose, coûte beaucoup plus cher à la société que quelqu'un qui est diagnostiqué plus tôt. Sur un plan économique, cela a un impact de dépister plus tôt et de traiter avant le stade de cirrhose » (35).

On notera que le manque de temps n'a pas été évoqué dans cette étude, alors qu'il s'agit du 1^{er} obstacle à la prévention, déclaré par les médecins dans le Baromètre Santé médecin généraliste de 2009 (6).

A.3.2. Un dépistage peu ciblé sur le pays de naissance.

La méconnaissance du sur-risque d'infection par les médecins généralistes est un facteur limitant.

Ils ne sont pas suffisamment informés et formés sur le facteur de risque migrant. Le dépistage de l'hépatite B est proposé de manière systématique aux usagers de drogue par voie intraveineuse ou nasale dans 73,1% des cas alors que seuls 38,6% des médecins le proposent systématiquement pour les personnes originaires d'un pays d'endémie forte (6). En 2008, moins d'un patient sur 5 né en zone d'endémie forte au VHB a été dépisté sur ce FDR. Pour 60% des personnes ayant ce FDR, l'hépatite B chronique est découverte fortuitement lors d'un bilan de santé (17).

Quant aux patients, leurs connaissances au sujet des hépatites B semblent limitées même s'ils semblent préoccupés par ces infections (36). Dans une étude de 2009, les patients avaient globalement un niveau de connaissance très faible sur l'hépatite B et ses modes de transmission. Ils s'estimaient mal informés (34).

Il est donc rare que le patient demande spécifiquement le dépistage du VHB au médecin, et cela par manque d'information. C'est plutôt à l'occasion d'une demande de dépistage du VIH que celui de l'hépatite B est réalisé.

A.3.3. Le dépistage est-il un préalable à la vaccination ?

On peut penser qu'il existe une corrélation entre la vaccination et la proposition du dépistage de l'hépatite B dans la pratique du médecin généraliste. Dans cette étude, un médecin affirmait ne pas proposer le dépistage de l'hépatite B à l'adulte migrant à risque, car de toute façon il ne le vaccinerait pas. Des résistances liées à la polémique de la sclérose en plaques sont sans doute en cause dans ce cas.

Dans le Baromètre Santé médecins 2009, la fréquence de proposition de dépistage du VHB augmente avec l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes à risque : les généralistes qui proposent « souvent » ou « systématiquement » un dépistage de l'hépatite B représentent un quart des médecins défavorables à la vaccination, un tiers des « plutôt favorables » mais plus de deux médecins « très favorables » sur cinq (7).

A.4. Le choix du test de dépistage.

Il n'y a pas d'homogénéisation dans la prescription des tests de dépistage.

En 2009, une étude qualitative auprès des médecins généralistes montrait leur difficulté à prescrire et à interpréter les résultats du dépistage sérologique. Les prescriptions restaient hétérogènes parce qu'ils n'existent pas de recommandations claires sur les modalités du dépistage (6).

Il est urgent d'y remédier le plus rapidement possible pour faciliter le dépistage de l'hépatite B, en dégagant un consensus sur les marqueurs utiles. C'est ce que conclut le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans l'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012, en recommandant la prescription de 3 marqueurs : Ag HBs, Ac anti HBs et Ac anti-HBc (37).

A.5. Quelles solutions pour l'avenir ?

Les pistes d'amélioration soulevées par les médecins généralistes de l'étude : meilleure formation des professionnels de santé, dépistage de l'hépatite B par des organismes spécifiques, sensibilisation par les médias, rémunération spécifique et renforcement du rôle de prévention des médecins généralistes, sont retrouvées dans l'enquête Baromètre Santé 2009 des médecins généralistes (7).

Ces solutions mettent en évidence une divergence de points de vue des médecins entre le fait de vouloir déléguer le dépistage de l'hépatite B à d'autres, et la nécessité de renforcer et préciser leur rôle de prévention.

A.5.1. Informer et former les médecins généralistes

Les médecins interrogés citent l'insuffisance d'information sur les risques du migrant à l'hépatite B. Ils veulent être plus sensibilisés sur le facteur de risque migrant, peu connu. Cela permettra de renforcer le dépistage auprès de cette population exposée. Des programmes de dépistage de l'hépatite B pourront avoir un impact positif sur la participation des médecins généralistes à ce dépistage.

A.5.2. Déléguer à des organismes spécifiques

Déléguer le dépistage de l'hépatite B à des organismes spécifiques n'est pas le rôle propre du médecin généraliste, qui en agissant ainsi rompt avec une de ses missions principales. Un médecin généraliste se doit d'être engagé dans les soins primaires, avec un rôle de prévention. Peut-être pensent-ils gagner du temps ou plus de facilité en agissant de la sorte ? Mais, si le

premier recours aux soins des patients, le médecin généraliste en l'occurrence, est défaillant pour la prévention, peut-on s'assurer que ces patients se dirigeront vers d'autres structures de dépistage ?

Le Comede, les centres de dépistage anonyme et gratuit participent au dépistage de l'hépatite B des migrants.

A.5.3. Diffusion grand public des informations sur l'hépatite B par les médias

La sensibilisation par les médias permettrait d'informer médecins et patients ; la proposition au dépistage serait sans doute plus facile ; et peut-être dissiperait les freins liés aux médecins généralistes, tels que la peur de discriminer ou la crainte de la réaction du patient migrant.

Ainsi patients et médecins généralistes aborderont le dépistage de l'hépatite B sans tabou.

L'INPES porte également le développement de l'information auprès des personnes originaires de pays à moyenne ou forte endémie. Il diffuse des publications périodiques et des Cd-rom à destination de migrants, conçus par le pôle Population et cycles de vie (37)

A.5.4. Une rémunération spécifique.

L'incitation financière en matière de dépistage peut paraître surprenante comme solution si l'on considère que dépister l'hépatite B est la mission du médecin généraliste. Mais, cela incite le médecin à soutenir ses efforts en matière de prévention. C'est le cas par exemple du dépistage du cancer du sein et des vaccinations antigrippales avec les contrats d'amélioration des pratiques

individuelles (CAPI) entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Les rémunérations sont conditionnées par l'atteinte d'objectifs de santé publique fixés (34).

A.5.5. Préciser le rôle de prévention du médecin

Plusieurs médecins dans cette étude ne considèrent pas l'hépatite B comme un enjeu de santé publique majeur en minimisant sa gravité.

C'est pourquoi, le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 veut renforcer le rôle de prévention des médecins, et les inscrit comme des acteurs clés permettant d'améliorer la prévention de l'hépatite B. Cette maladie devrait rentrer dans le cadre d'une politique de santé publique aussi importante que celle du VIH, d'autant que sa prévalence dans la population migrante est 2 à 10 fois plus élevée que la prévalence du VIH (annexe 6).

A.6. Perspectives pour l'amélioration de la prévention en général dans la pratique des médecins généralistes.

L'étude portait sur le dépistage de l'hépatite B chez le migrant, mais il s'agit bien entendu par ce travail d'améliorer la prévention en général. Pour cela, il faut définir des stratégies permettant d'intégrer davantage la prévention à la prise en charge par les médecins généralistes.

Les médecins remplissent des missions de santé publique en particulier dans le champ de la prévention : par exemple, dépistage des cancers colorectaux (hémocult) et du sein (mammographie) ; dépistage des hépatites B et C et du VIH (par les sérologies VHB, VHC et VIH) ; vaccination ; conseils..

Dans le Baromètre Santé médecins généralistes de 2009, il existe une corrélation entre l'implication dans le rôle de prévention et la facilité d'aborder le thème de prévention. Les médecins sont plus de 99% à déclarer que la prévention fait partie de leurs rôles, concernant le risque cardio-vasculaire et le tabagisme. Concernant les questions de la consommation de cannabis et de la vie affective et sexuelle par exemple, ils ne sont que respectivement 90.2% et 79,7% à considérer que ces thèmes font partis de leur rôle de prévention (38).

On note cependant une différence entre la représentation du rôle de prévention des médecins et leurs pratiques réelles. Les objectifs de santé publique ne sont pas atteints.

Pour le dépistage du cancer colorectal (CCR), la participation nationale en programme de dépistage organisé est de 37%, ce qui est inférieur à l'objectif européen de participation souhaité de 65% pour pouvoir diminuer la mortalité de 30% du CCR (39). 66% des généralistes se disent indispensables dans le dépistage du CCR, seulement 34% affirment vérifier systématiquement si le test a été réalisé (40).

Concernant le cancer du sein, on observe une moyenne de 52.7% de participation nationale en 2011 pour un objectif de 70%.

Quant aux maladies infectieuses virales VHB, VHC et VIH, le dépistage reste insuffisant. 40 000 personnes infectées par le VIH ignorent leur séropositivité (41). Seules 45% des personnes atteintes connaissent leur séropositivité pour l'Ag HBs, 57% pour les Ac anti-VHC (4).

On constate également que de 2009 à 2014, les éléments évoqués par les médecins généralistes pour améliorer la prévention sont les mêmes : des campagnes grand public, un rôle de prévention mieux reconnu, des supports d'information écrits adaptés, une formation en prévention et éducation, la possibilité de déléguer certaines activités et une rémunération spécifique (7, 38).

Pourtant, à l'heure actuelle la même question se pose: comment faire pour améliorer la pratique des médecins généralistes en matière de prévention?

Je pense qu'il faudra se tourner davantage vers des solutions financières qui peuvent inciter les médecins à s'impliquer davantage dans la prévention, tels que les contrats d'amélioration aux pratiques individuelles (CAPI) en élargissant l'axe « dépistage ». Il faudrait trouver un équilibre entre d'une part le paiement à la performance des médecins en termes de dépistage, et la poursuite de la qualité des soins d'autre part. Aujourd'hui, aucune évaluation du CAPI n'a été faite pour évaluer le rapport coût- efficacité (42).

B. La méthode

B.1 Les forces

Concernant la validité interne de l'étude :

Les résultats observés dans cette étude qualitative sont superposables à ceux de certaines études quantitatives similaires quant au sujet traité, comme nous avons pu le constater précédemment.

Ainsi les observations semblent fidèles à la réalité et crédibles.

L'échantillon choisi et raisonné a permis une variété des réponses (32) grâce aux typologies différentes des médecins (localité, âge, origine, ancienneté d'installation).

Concernant la validité externe de l'étude :

L'un des critères de rigueur des études qualitatives est la saturation des données. Ce critère a été atteint dans notre étude et contrôlé par deux entretiens supplémentaires (32).

Le nombre d'entretiens réalisés peut sembler faible mais il n'y a pas de règles prédéfinies pour la taille de l'échantillon dans la recherche qualitative. L'échantillon choisi et raisonné permet de récolter des données riches et variées.

Concernant le type de l'étude :

Les entretiens individuels offrent la possibilité aux participants de parler assez librement sans crainte d'être jugés par d'autres confrères, ce qui peut être le cas dans les focus group.

La méthode qualitative choisie a permis de répondre à l'objectif de l'étude qui était d'évaluer

les freins de dépistage de l'hépatite B des médecins généralistes auprès du migrant. L'interlocuteur unique a un certain avantage : il adapte et tient compte des entretiens effectués précédemment : ce qui permet une amélioration progressive du guide d'entretien.

B.2 Les limites

Les médecins interviewés étaient parfois connus de l'intervieweur. Cela a pu limiter ou influencer les réponses des participants.

La diversité des données recueillies a pu être limitée par ce mode de recrutement (32-33). Peut-être que des médecins choisis au hasard auraient pu avoir des opinions différentes.

Les entretiens ont été conduits par la même personne, à l'aide du guide d'entretien semi dirigé. Peut-être aurait-il fallu multiplier les intervenants pour avoir une diversité plus importante dans le recueil des données ?

La durée des entretiens peut sembler courte, mais il s'agissait de questions précises le plus souvent (connaissances et pratiques réelles). Les médecins ont répondu spontanément et sincèrement aux trois questions libres destinées à expliquer les freins et à trouver des solutions. L'entretien se terminait, lorsque le médecin interrogé, n'avait plus rien à ajouter.

L'analyse des données (le codage), le guide d'entretien et les entretiens ont été réalisés par la même personne. Cela a pu entraîner un biais d'analyse.

La fiabilité des résultats aurait pu être améliorée par un croisement de l'analyse des données par d'autres personnes.

Cependant, dans notre étude, l'analyse des données a été rediscutée avec les directeurs de thèse.

V. CONCLUSION

Cette étude a pour principal objectif d'évaluer les freins des médecins généralistes au dépistage de l'hépatite B chez le migrant originaire d'un pays de forte endémie (Afrique subsaharienne et Asie), où la prévalence est plus élevée que dans la population générale (5.25% et 0.92% respectivement dans l'étude de l'InVS de 2004, et 9.6% et 4.3% dans la récente étude PREVAC B2).

L'insuffisance d'informations sur le facteur de risque migrant influence la proposition de dépistage de l'hépatite B de cette population à risque.

Cela est confirmé dans le Baromètre Santé Médecins généralistes de 2009 portant sur les perceptions de l'hépatite B, où le dépistage de l'hépatite B était fréquemment proposé aux usagers de drogue par voie intraveineuse ou nasale: "systématiquement «par 73.1%. En revanche, il était moins régulier pour les personnes originaires d'un pays de forte endémie, un peu plus d'un généraliste sur trois déclare le faire (38.6%).

Les obstacles les plus évoqués par les médecins interrogés étaient surtout liés à leur perception du migrant : la précarité supposée des migrants avec un accès aux soins difficile, la peur de discriminer, la crainte de la réaction du patient.

Cette perception faussée le plus souvent par méconnaissance ou sous-information, doit être dissipée pour obtenir un meilleur dépistage de l'hépatite B auprès de ces migrants à risque. Il existe souvent une association erronée entre migrant et « sans papiers-démunis- précaires », qui conduit à un désengagement pour certains médecins dans la prise en charge en soins primaires. Et cela nécessite un renforcement du rôle préventif des professionnels de santé, par une meilleure information et formation.

Quelles solutions pour l'avenir ?

Pour les médecins interrogés, il s'agit surtout de leur proposer des formations plus adaptées et ciblées sur le migrant, et de conduire une sensibilisation de la population par les médias avec une large campagne. Le dépistage de la sérologie VHB à 100% est une piste sérieuse, déjà évoquée dans le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

Compte tenu de la fréquence élevée chez le migrant originaire d'un pays de forte endémie et de la gravité de l'hépatite B, il est plus qu'urgent que les médecins généralistes remédient à ces insuffisances de dépistage. Le médecin généraliste est et reste un des acteurs clés dans l'amélioration du dépistage de cette maladie.

Les conclusions de l'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 par le Haut Conseil de la Santé Publique vont dans ce sens.

Il s'agit de mener une double action : d'une part, inciter les médecins à dépister l'hépatite B chez le migrant à risque, par de meilleures informations et formation ciblées ; et d'autre part sensibiliser la population à risque par une large diffusion d'informations (spots publicitaires, revues spécifiques, médias, associations communautaires).

De 2009 à 2014, on constate que les éléments évoqués pour faciliter une meilleure prévention n'ont pas évolué. Encore aujourd'hui, on se pose la même question: comment améliorer la pratique des médecins généralistes en matière de prévention?

Le manque de valorisation des actes de prévention peut freiner les médecins généralistes à passer du temps en consultation pour la prévention. Faudrait-il valoriser ces actes de prévention? L'incitation financière des médecins généralistes pourrait être améliorée avec des rémunérations spécifiques (par actes ou par forfaits) à la prévention, plus avantageuses que celles des contrats d'améliorations aux pratiques individuelles (CAPI). Cette solution, me semble-t-il, pourrait améliorer les pratiques des médecins en les soutenant financièrement dans leurs efforts en matière de prévention.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Score METAVIR

(Réalisé à l'aide d'une ponction biopsie hépatique permet de classier les différents stades de fibrose)

Score A (activité)		score F (fibrose)	
absente	A0	absence de fibrose	F0
minime	A1	fibrose portale stellaire sans septa	F1
modérée	A2	fibrose portale avec rares septas	F2
sévère	A3	nombreux septa sans cirrhose	F3
		cirrhose	F4

ANNEXE 2 Chronologie de l'évolution de la politique vaccinale en France

1975 : invention du vaccin

1981 : Autorisation de Mise sur le Marché du vaccin anti VHB

1982 : recommandation de la vaccination chez le professionnel de santé

1984 : remboursement du vaccin par la sécurité sociale

1991 : vaccination obligatoire des professionnels de santé

1992 : dépistage obligatoire de l'Ag HBs au 6^e mois de grossesse

1994 : campagne nationale de vaccination

1995 : intégration de vaccin anti VHB dans le calendrier vaccinal national

L'évaluation de la politique vaccinale anti-VHB repose sur le suivi de la couverture vaccinale et sur celui de l'incidence de l'hépatite B qui permet d'évaluer la circulation virale dans la population.

ANNEXE 3 : Expositions à risque d'infection virale B

Description des expositions potentiellement à risque au cours des six mois précédant les signes (456 déclarations d'hépatite B aiguë), France, 2004-2006

<u>Exposition à risque</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>%</u>
Aucune	127	27,9
Risque sexuel	1109	35,5
Partenaires multiples	109	23,9
Homme ayant des rapports sexuels avec un homme	62	13,6
Partenaire positif	34	7,5
Voyage en pays d'endémie	103	22,6
Soins invasifs	45	9,9
Transfusion	40	9
Chirurgie	20	4,4
Exploration invasive	17	3,7
Dialyse	30	7
<u>Exposition à risque</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>%</u>
Exposition familiale	38	8,3
Parent AgHBs +	34	7,5
Cas hépatite B aiguë	11	2,4
Autres	9	2,0
Usage de drogues	10	2,2
IV	5	1,1
Perinasales	6	1,3
Risque périnatal	1	0,2
Vie en institution	24	5,3
Profession exposée	15	3,3
Tatouage, piercing	20	4,4

ANNEXE 4 : Recours aux soins

Dispositifs de l'accès aux soins en France (Source : Comede, guide 2010)

Sécurité sociale de base dont la couverture maladie universelle de base): protection maladie pour la prise en charge des frais médicaux, droit pour toute personne vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois.

CMU complémentaire : les personnes qui ont de faibles ressources (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance privée) peuvent y bénéficier .Le patient ne débourse aucun frais pour les consultations, les examens de laboratoire et les médicaments.

Aide médicale de l'état (AME) : Protection maladie pour des étrangers démunis, exclus de l'assurance maladie faute de document de séjour en cours de validité, résidant en France de façon stable depuis au moins trois mois. Ses bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte Vitale.

Permanences d'accès aux soins de santé (Pass): pour les personnes sans argent et sans protection maladie.

Conditions d'accès aux différents dispositifs de santé

Les dispositifs de santé publique (voir CDAG et centres de prévention, Centres référents en santé mentale, et Répertoires régionaux) assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population.

Les dispositifs de soins de droit commun (cabinets médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants, et ne sont accessibles pour les personnes démunies qu'avec une protection maladie (*à l'exception des PASS*).

Les dispositifs de «soins gratuits» permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies. Les centres gérés par les organisations non gouvernementales peuvent généralement délivrer des médicaments et effectuer des examens simples.

ANNEXE 5 Répartition des immigrés

Tableau 1 : Répartition des immigrés par pays de naissance (Insee, recensement 2010)

	2010
	en %
<u>Europe</u>	<u>37,4</u>
Europe des 27	33,0
Espagne	4,5
Italie	5,5
Portugal	10,7
Royaume-Uni	2,8
Autres pays de l'UE 27	9,6
Autres pays d'Europe	4,4
<u>Afrique</u>	<u>42,8</u>
Algérie	13,2
Maroc	12,2
Tunisie	4,4
Autres pays d'Afrique	13,0
<u>Asie</u>	<u>14,3</u>
Turquie	4,5
Cambodge, Laos, Vietnam	2,9
Autres pays d'Asie	7,0
<u>Amérique, Océanie</u>	<u>5,4</u>
Total	100

Tableau 2 : Répartition par villes (de plus de 50 000 habitants) en Ile-de-France (Source Insee

2010^[11])

Ville	Département	Population (2010)	Immigrés (2010)	%	dont nés hors d'Europe	%
Aubervilliers	Seine-Saint-Denis	76 087	31 379	41.2	26 041	34.2
Saint-Denis	Seine-Saint-Denis	106 785	39 092	36.6	32 465	30.4
Sarcelles	Val-d'Oise	58 614	18 336	31.3	16 960	28.9
Évry	Essonne	52 135	13 110	25.1	11 921	22.9
Clichy	Hauts-de-Seine	58 916	16 247	27.6	13 255	22.5
Vitry/Seine	Val-de-Marne	85 413	24 069	28.2	18 951	22.2
Ivry/Seine	Val-de-Marne	57 732	16 221	28.1	12 750	22.1
Argenteuil	Val-d'Oise	103 125	25 394	24.6	20 176	19.6
Nanterre	Hauts-de-Seine	89 185	19 562	21.9	15 954	17.9
Paris	Paris	2 243 833	455 633	20.3	318 567	14.2
Meaux	Seine-et-Marne	50 755	8 614	17.0	6 652	13.1
Sartrouville	Yvelines	51 150	9 785	19.1	6 003	11.7
Chelles	Seine-et-Marne	52 779	7 976	15.1	5 580	10.6

ANNEXE 6 : Taux de prévalence des maladies infectieuses par région

Taux pour 1000 personnes, parmi 21 742 patients accueillis en médecine 2001-2007

Les chiffres en gras signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global (Source : Comede)

Région et pays effectif	TUB	VHB	VHC	VIH
Taux global Comede	8	51	15	13
Taux global France OMS	0.09	7	8	2
Taux global Monde OMS	2.4	58	31	7
Afrique centrale 5 754	<u>13</u>	<u>52</u>	<u>24</u>	<u>32</u>
Cameroun 403	8	94	44	62
Afrique du Nord 487	5	13	11	2
Algérie 399	2	2	5	2
Afrique de l'Ouest 4 979	7	<u>121</u>	7	<u>16</u>
Mali 1 030	<u>11</u>	<u>158</u>	5	11
Asie de l'Est 217	<u>9</u>	<u>79</u>	14	-
Chine 143	<u>14</u>	<u>77</u>	-	-
Asie du Sud 6679	6	10	7	
Inde 453	<u>18</u>	9	6	
Caraïbes 522	<u>12</u>	25	4	<u>16</u>
Haiti 520	<u>12</u>	25	4	<u>16</u>
Europe de l'Est 2418	3	36	21	<1
Russie/Tchéchénie 220	0	14	59	4

ANNEXE 7 : Le guide d'entretien

1/Quelle est votre année d'installation ?

2/Votre année de naissance ?

3/Votre lieu de formation initiale ?

4/Quelle est la composition de votre patientèle ? En pourcentage de CMUc/AME ; mutuelle ?

5/Combien d'actes réalisez-vous par jour ?

6/Ce qui m'intéresse est la population migrante. Quel est votre définition du migrant ?

7/A quel pourcentage estimez-vous les patients nés à l'étranger ? Plus particulièrement les personnes d'Asie ou d'Afrique noire ?

Prenons l'exemple d'un jeune malien de 25 ans. Il est en bonne santé en France depuis 12 mois et consulte pour un certificat d'aptitude à la course. Il va participer pour la 1^{ème} fois à un semi-marathon.

8/Quelles questions lui posez-vous ? (Si les réponses floues, quelles questions par rapport à son origine malienne ?)

9/ Et pour l'hépatite B, que pouvez-vous me dire sur sa fréquence et sa gravité ?

10/Quelles zones de forte endémie de l'hépatite B me citeriez-vous ?

11/Quels sont les facteurs de risque de transmission de l'hépatite B ?

12//Les cherchez-vous systématiquement à chaque consultation ? Pour quels types de patients ou quels types de consultations ?

13/Lequel du VIH et hépatite B est le plus contaminant ? Quel rapport de contagiosité choisissez-vous entre 10, 50, 100 fois plus ?

Revenons à notre cas clinique. Vous l'avez sans doute compris, l'intitulé exact de mon étude est le dépistage de l'hépatite B chez le migrant d'un pays de forte endémicité.

14/Quel bilan prescrivez-vous ?

15/En réalité, le dépistage de l'hépatite B est peu proposé. A votre avis, pourquoi ?

16/ Quels sont vos freins ? Ceux des patients ?

17/ Selon vous, quelles sont les solutions pour un meilleur dépistage ?

ANNEXE 8 : Caractéristiques des médecins

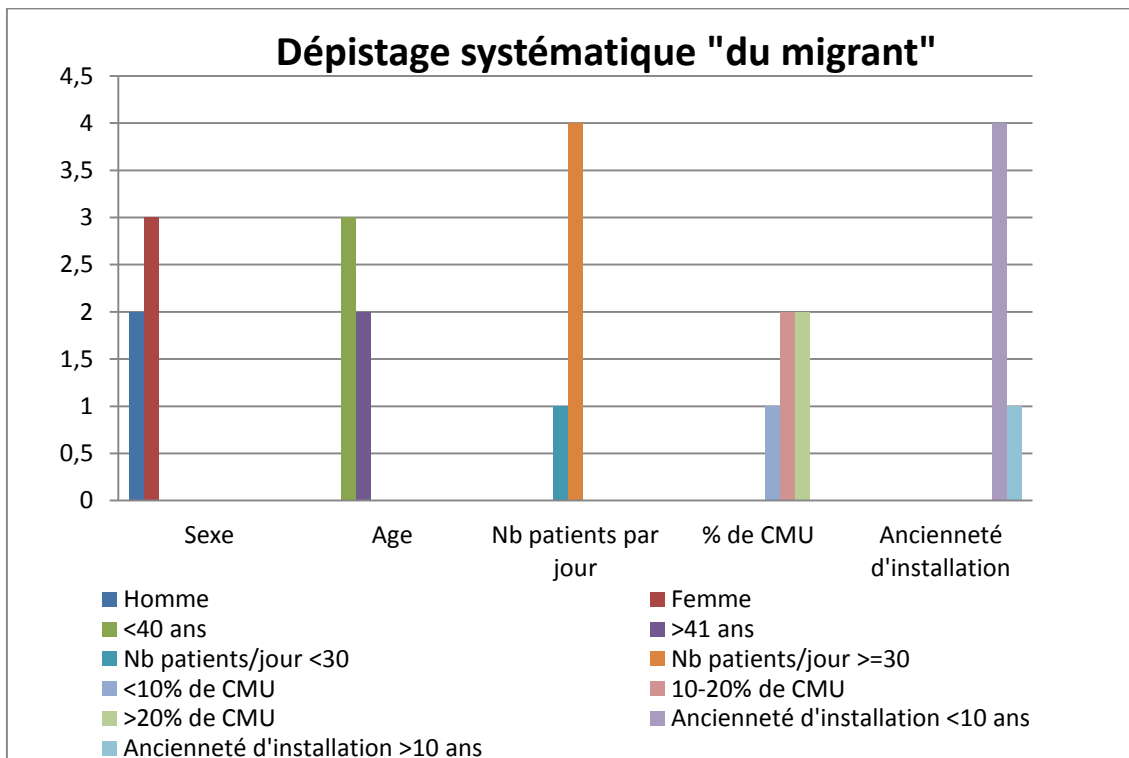
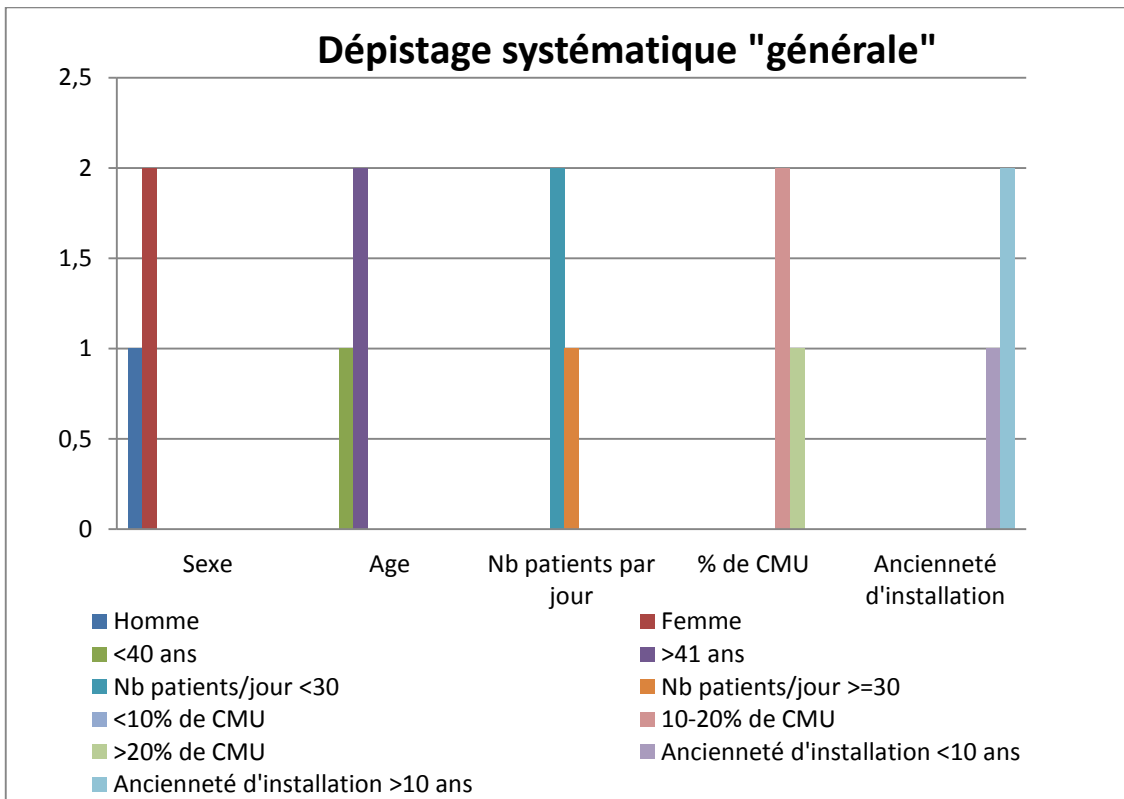
Tableau 1 : profil des médecins participants

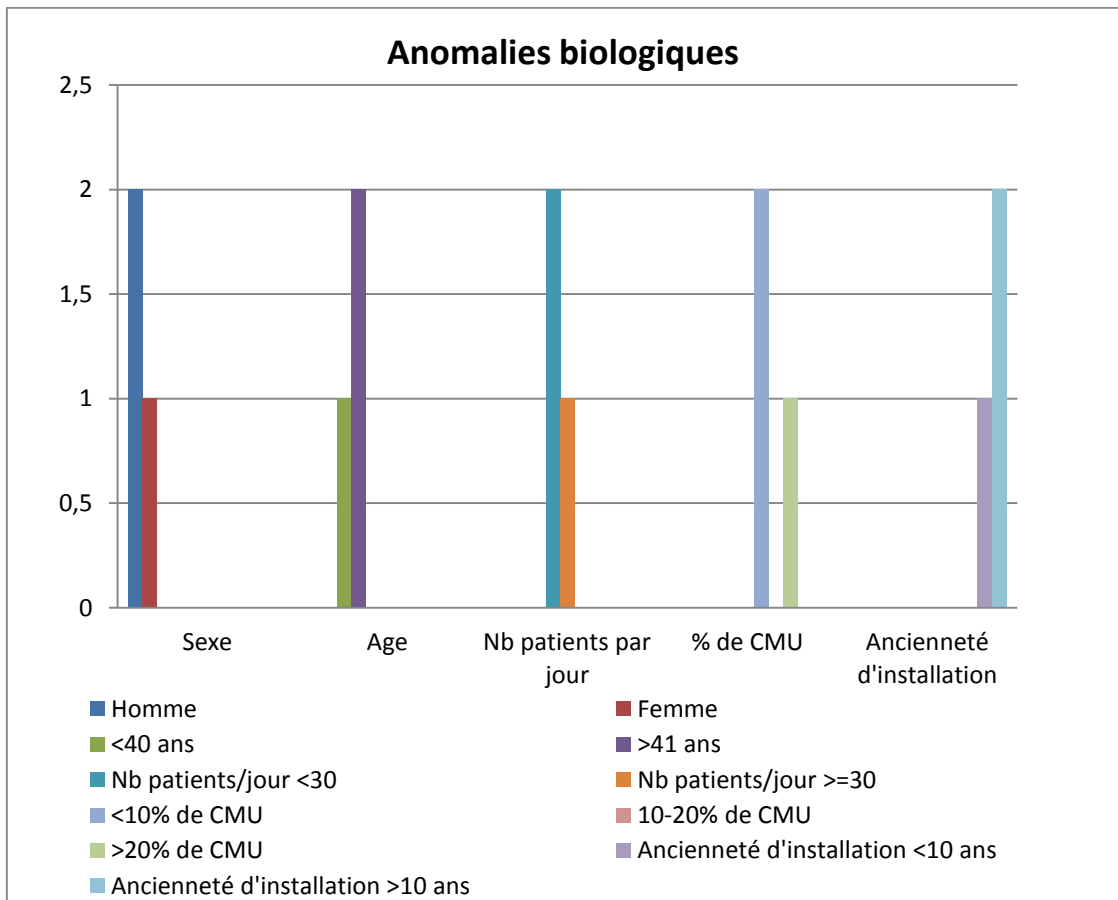
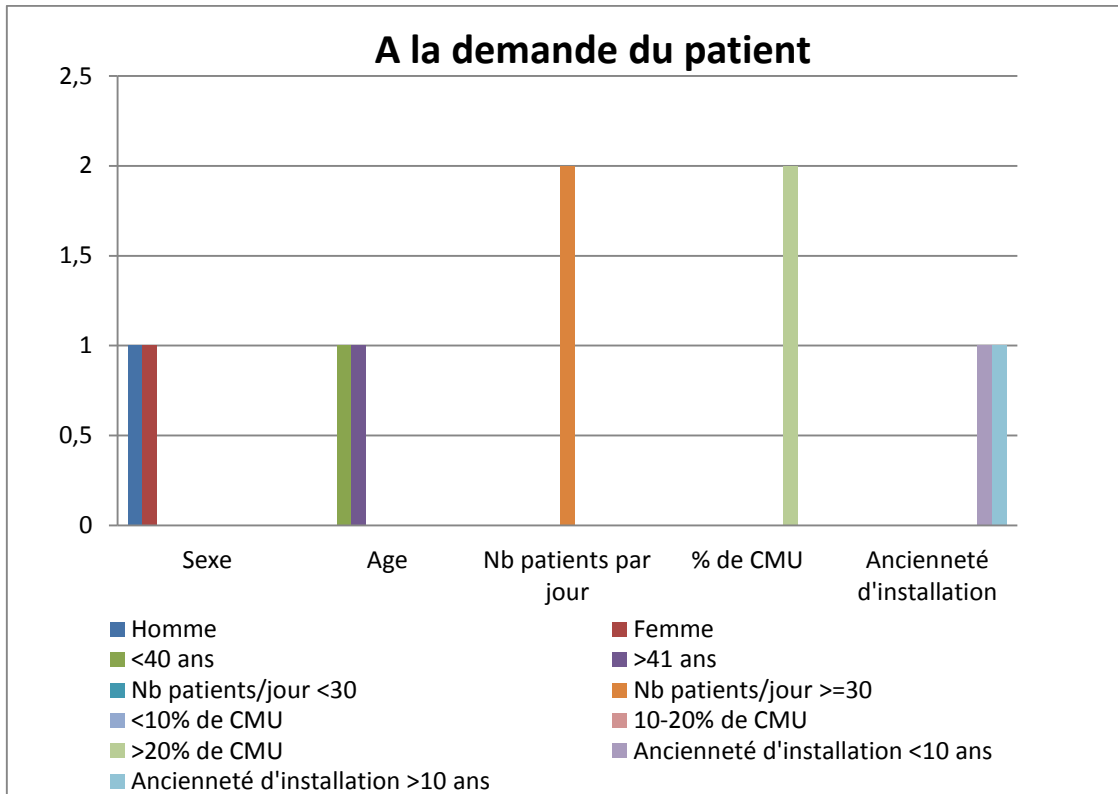
Médecin	sexe	Age (ans)	Localité	Année d'installati on
M1	féminin	34	Meaux(77)	2010
M2	masculin	45	Aubervilliers (93)	1998
M3	masculin	42	Aubervilliers (93)	2009
M4	masculin	60	Aubervilliers (93)	1987
M5	féminin	33	Mée sur seine (77)	2010
M6	masculin	37	Le Mée sur seine (77)	2012
M7	masculin	30	Crécy les Meaux (77)	2012
M8	féminin	62	Noisy le sec (93)	1980
M9	féminin	54	Osoir la ferrière (77)	1998
M10	féminin	32	Pontault- combault (77)	2014
M11	féminin	65	Paris	1979
M12	féminin	32	Paris	2011
M13	Masculin	61	Paris	1982

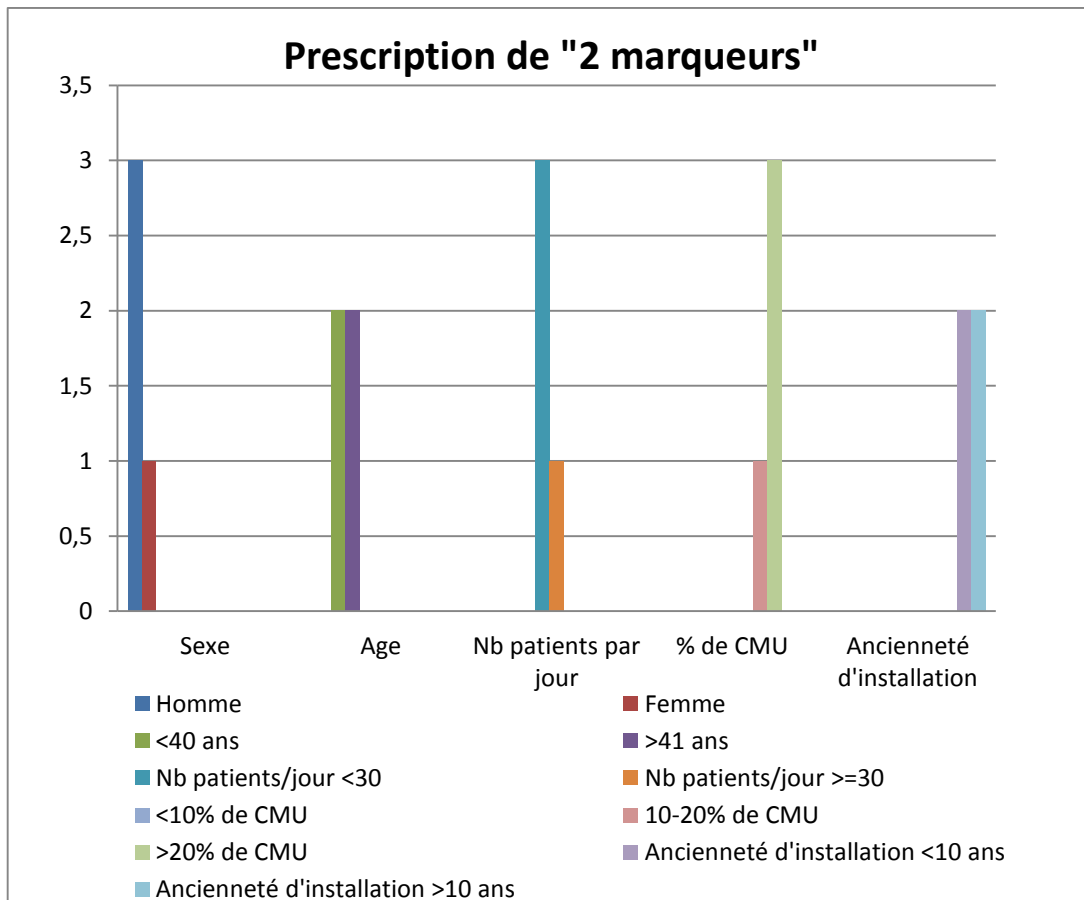
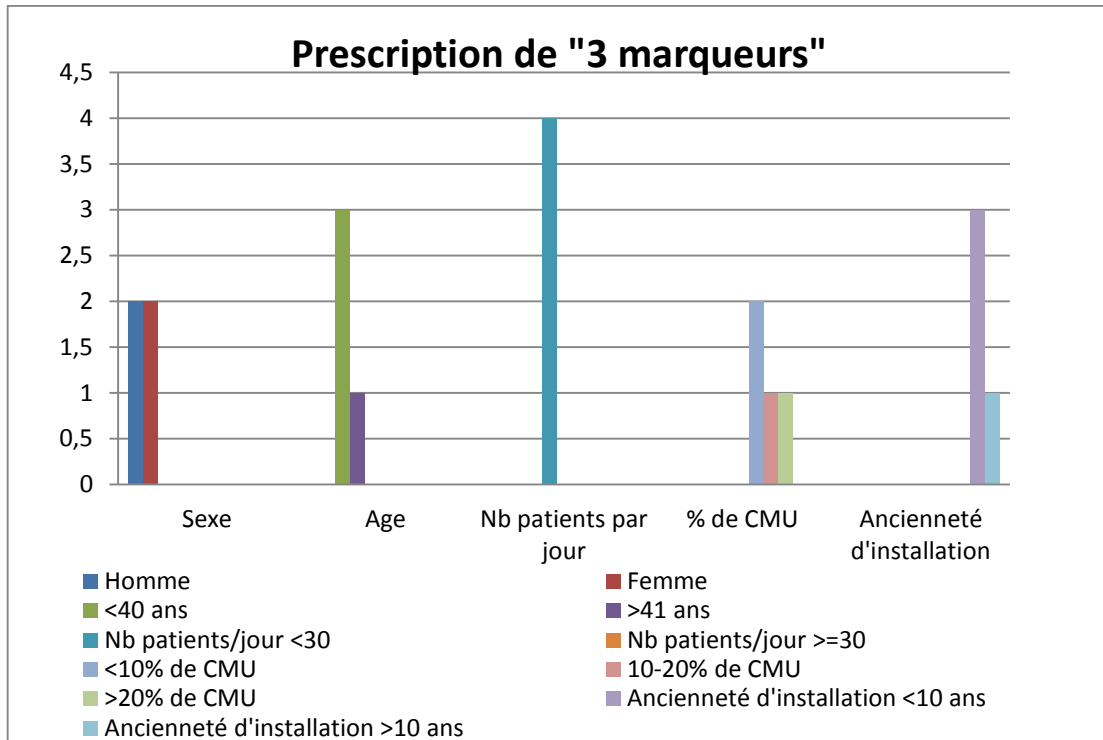
Tableau 2 : autres caractéristiques des médecins

Médecin	Lieu formation initiale	% CMU estimé	% CMU réel	Nombre d'actes par jour	Pays d'origine propre ou des parents
M1	Paris Lariboisière	50-60%	28%	30-35	Vietnam
M2	Créteil paris 12	30%	24%	50	France
M3	Bichat paris 7	60%	23%	40-50	France
M4	Paris 13 Bobigny	70%	23%	20-25	Italie
M5	Roumanie et France	10%	24%	30	Roumanie
M6	Kremlin Bicêtre	25-30%	15%	25	France
M7	Paris 7 Lariboisière-Bichat	5-10%	6%	30	Cambodge
M8	Bobigny	-	14%	20ne	France
M9	Paris saint Antoine	10%	11%	30	Congo
M10	Paris 7	1-2%	1%	30	Maroc
M11	Paris	Ne sais pas	9.51%	20	France
M12	Paris 6 pitié-salpêtrière	30-35%	23%	27-28	France
M13	Toulouse	-	17%	15-25	France

ANNEXE 9. Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de leur pratique déclarée







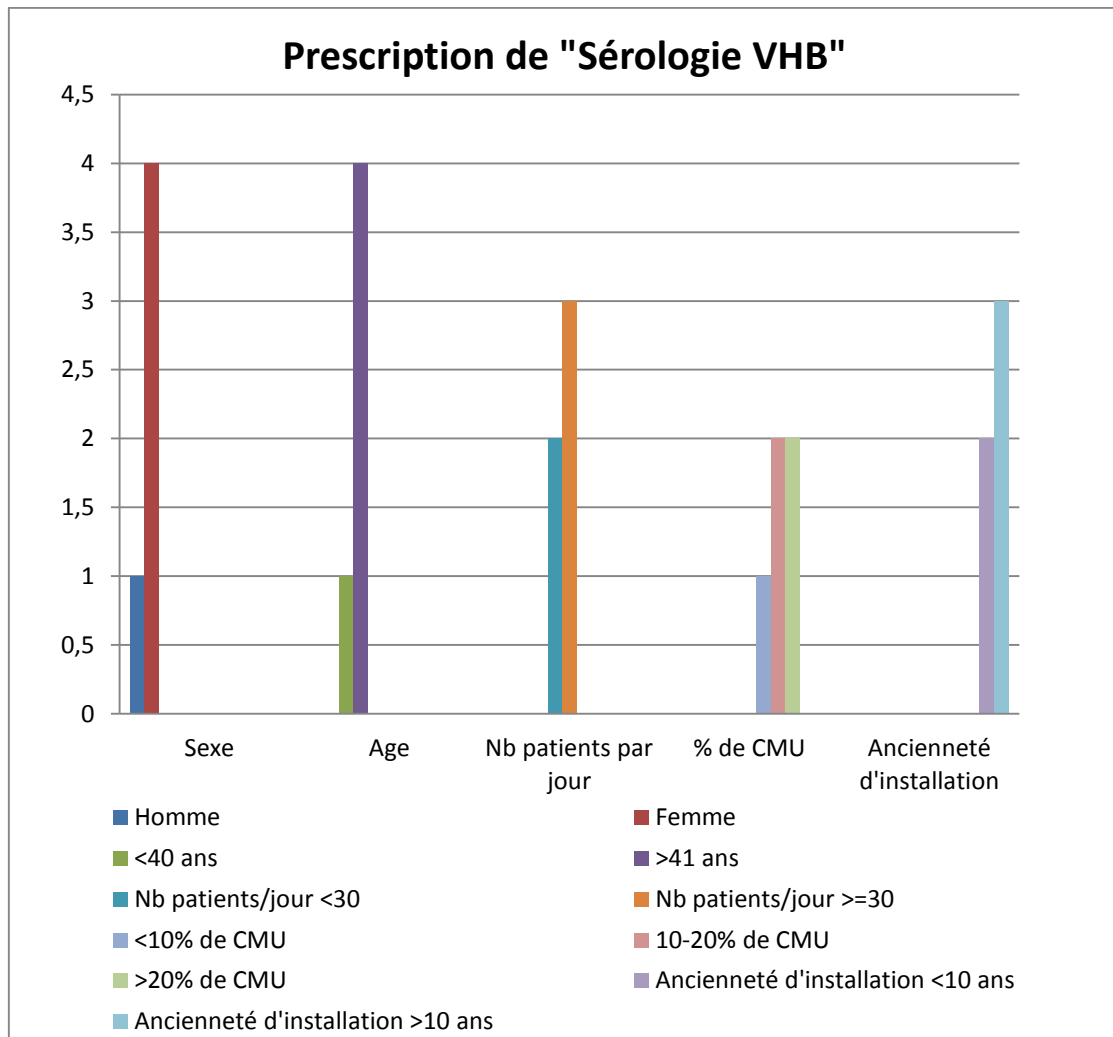


Table des figures et des tableaux

Figure 1 : Prévalence des Ag Hbs dans le monde en 2006..... 14

Tableau 1 : Interprétation résultats du dépistage de l'hépatite B chez une personne à risque asymptomatique 22

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes en fonction de leur pratique déclarée 56

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pol S. Epidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite B. *La Revue du praticien*, 2005, vol. 55, n° 6 : p. 599-606.
2. InVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.
- 3 : SIMONDON A. Etude Prevac B2 : prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie en médecine générale en France. *Thèse de médecine générale*. 2 mai 2014.
4. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012. 2005. Disponible sur: Http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf
5. RAHIB D, BROUARD C, PIOCHE C « et al ». Dépistage de l'hépatite B : caractéristiques des personnes dépistées antigène HBs positif en France en 2008.
6. VIGNIER N, JESTIN C, ARWINDSON P. Perceptions de l'hépatite B et de sa perception. Premiers résultats d'une étude qualitative. *BEH* 2009 ; (20-21) :212
7. JESTIN C, GAUTIER A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009* - Dépistage des hépatites virales en médecine générale. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/depistage-hepatites-virales.pdf>
8. Collège des enseignants. Les hépatites virales, item 83. 2009.
9. LARSEN C, PIOCHE C, BROUARD C « et al ». Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats. *BEH web* 2010. www.invs.sante.fr/behweb/2010/01/r-1.htm
10. TRINCHET J-C, BOURCIER V, AIT AHMED M. Cirrhose virale non compliquée : analyse descriptive des 774 premiers patients inclus dans une cohorte nationale prospective en France. *BEH. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives*. 2009; n°20-21:204-207
11. MARRERO C, MARRERO J. Viral Hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Archives Medical research*. 2007; 38: 612-620.
12. SENG GL, ROSMAWATI M, MEN-FUNG Y "et al". Prevention of hepatocellular carcinoma in hepatitis B virus infection. *Journal of gastroenterology and Hepatology*. 2009; 24:1352-1357.
13. ANAES. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales. *Gastroentérologie clinique et biologique*. 2003 ; 27 :177-200
14. DAVID LG, WEBER DJ, LEMON SM. Horizontal transmission of hepatitis B virus. *Lancet* 1989; 1; 889-893
15. PILLONEL J, LAPERCHE S, pour le comité de pilotage pour la surveillance épidémiologique des donneurs de sang. *Surveillance épidémiologique des donneurs de sang homologues*

et risque résiduel en France entre 2003 et 2005. *Bull Epidémiol hebdomadaire* 2006 ; 51/52 : 411-4

16. OMS. Hépatite B, *aide mémoire n° 204*. 2008.

17. MEFFRE C, Le STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, « et al ». Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. *Saint Maurice : Institut de veille Sanitaire*, 2006.

18. BROUARD C, BOUSQUET V, LEON L, « et al ». Incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique en France en 2010, enquête LaboHep 2010. *Bull Epidémiol Hebdomadaire*. 2013;(19):210-3

19. PEQUIGNOT F., HILLON P., ANTONA D, « et al ». Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *BEH*, 1er juillet 2008 ; n° 27 : p. 237-240. En ligne :

http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf

20. LARSEN C, PIALOUX G, SAHON D. Prévalence des coinfections par les virus des hépatites B et C dans les populations VIH+, France, juin 2004. *BEH* 2005 ; 23 :109-112.

21. INVS. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. *BEH* 2006 ; n°48.

22. Département des maladies infectieuses, INVS, Saint-Maurice, France. L'épidémiologie des hépatites B et c en France. *BEH, Numéro thématique. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. 2009 ; (n°20-21) : 195.*

23. Insee. Recensement 2010, exploitation principale. Répartition des immigrés par pays de naissance [Internet]. Disponible à : www.insee.fr/fr/themes/tableau.

24. BERCHET C, JUSOT F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *BEH* 2-3-4 / 17 janvier 2012

25. BAUDIS D. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME.

26. Comede. Edition 2013. Migrant/ étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. 373 p. Accès aux soins. P90-96

27. HAS. Nouveaux migrants. Autre langue et culture. Autre consultation.

28. Comité médical pour les exilés (COMEDE). La santé des exilés. *Rapport d'activité et d'observation 2005*. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2006 :48p

29. Le Comede, Proposition de dépistage pour des primo-arrivants. Rapport d'observation et d'activité 2007 du Comité médical pour les exilés.1-3

30. ANAEM. La santé des primo-migrants en 2006.

31. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, « et al ». Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008; 84(19):142-5.

32. COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002;3(2):81-90.

33. BLANCHET A, GOTMAN A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
34. Extrait du rapport de la commission des Comptes de Sécurité sociale (septembre 2011). Fiche éclairage « maladie ». Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.
35. Rapport de la journée mondiale contre les hépatites du 11/07/2013. Disponible sur : anrs.fr
36. GAUTIER A, JESTIN C, JAUFFRET-ROUSTIDE M. Perception et connaissances des hépatites virales : résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009;(20-21):208-211.
37. Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 13 Avril 2013
37. Site web du Haut conseil de santé publique. Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012. Avril 2013. Disponible sur internet : www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=325
38. GAUTIER A, FOURNIER C, BECK F. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Actualité et dossier en santé publique n°77*. Décembre 2011.
39. THU-THON E, CHARLES R, FROGE P. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal. *Santé Publique* 2013/6 (vol 25). SFSP p 775-783.
40. Institut national du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Boulogne-Billancourt : *Institut national du cancer*. Collection Enquêtes et sondages 2010. 20p.
41. CRITON C. Dépistage du VIH/ Sida : le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer. HAS. *Actualités et Pratiques*. N°18. Avril 2010.
42. Extrait du rapport de la commission des Comptes de Sécurité sociale (septembre 2011) : Fiche éclairage « maladie ». Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Disponible sur : www.securitesociale.fr/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf.

SUMMARY

Screening of hepatitis B among migrants originary of subsaharanAfrica and Asia: qualitative study on the restraints faced by general practioners.

The prevalence is high among migrants from high endemic countries (Sub-Saharan Africa 5.25% and Asia 0.92%, compared to 0.65% in the French population.)

Being migrant is the major risk factor for viral B infection. But only 15% of these migrants declared having done a screening for hepatitis B.

The main objective of this study was to evaluate the restraints of general practitioners in screening hepatitis B in migrants from a high endemic country.

This was a qualitative study using semi-structured interviews based on an interview guide (thirteen general practitioners from Ile-de-France).

Among the obstacles that were evoked: financial hardship, apprehension of discriminating, of the patient's reaction and the reason of the consultation unrelated to hepatitis.

Doctors give assumptions to the sub-screening of hepatitis B: the asymptomatic character, the sub-information of doctors on the risk of infection and finally a preventive role, often discarded by the curative role that is prioritized by doctors.

To improve the screening for hepatitis B, they suggest the succeeding guidelines, in order of frequency:

- A better training of health professionals,
- a screening for hepatitis B by specific agencies,
- raising awareness using medias,
- a financial incitement by the CPAM,
- a reinforced preventive role

In this study, the restraints evoked are more linked to a "misperception" that the doctors have of the migrant associated to the precarious patient.

It is therefore important to have actions to raise awareness of both general practitioners and the migrant population at risk. This was recommended by the HCSP in its evaluation of the National Plan for the fight against viral hepatitis B and C in 2009-2012.

Key words: hepatitis B, screening, migrants, immigrants, restraints, obstacles, Sub-Saharan Africa, Asia.

RESUME

Dépistage de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie : étude qualitative sur les freins des médecins généralistes.

La prévalence est élevée chez les migrants originaires de pays de forte endémie (Afrique subsaharienne 5.25 % et Asie 0.92 %) contre 0.65 % dans la population française.

Le fait d'être migrant est le facteur de risque majeur d'infection virale B. Mais, seuls 15% de ces migrants déclarent avoir réalisés un dépistage de l'hépatite B.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les freins des médecins généralistes au dépistage de l'hépatite B chez le migrant originaire d'un pays de forte endémie.

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés basés sur un guide (treize médecins généralistes d'Ile-de-France).

Parmi les obstacles évoqués : la difficulté financière, la peur de discriminer, la crainte de la réaction du patient et le motif de consultation sans lien avec les hépatites.

Les médecins donnent des hypothèses au sous-dépistage de l'hépatite B : le caractère asymptomatique, la sous-information des médecins sur le sur-risque d'infection et enfin un rôle préventif, souvent écarté par le rôle curatif priorisé par les médecins.

Pour améliorer le dépistage de l'hépatite B, ils avancent les pistes suivantes, par ordre de fréquence :

- une meilleure formation des professionnels de santé,
- un dépistage de l'hépatite B par des organismes spécifiques,
- une sensibilisation par les médias,
- une incitation financière par la CPAM,
- un rôle de prévention renforcé.

Dans cette étude, les freins évoqués sont plus liés à une « fausse perception » que les médecins ont du migrant associé au patient précaire.

Il est donc important de mener une action de sensibilisation à la fois des médecins généralistes et de la population migrante à risque. Ce qui a été recommandé par le HCSP dans son évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

Mots clés : hépatite B, dépistage, migrants, immigrés, freins, obstacles, Afrique subsaharienne, Asie.